

**DELIBERATION N° 18/316 AC DE L'ASSEMBLEE DE CORSE
PORTANT AVIS SUR LE PROJET TERRITORIAL DE SANTE 2 2018-2023****SEANCE DU 20 SEPTEMBRE 2018**

L'an deux mille dix huit, le vingt septembre, l'Assemblée de Corse, convoquée le 4 septembre 2018, s'est réunie au nombre prescrit par la loi, dans le lieu habituel de ses séances, sous la présidence de M. Jean-Guy TALAMONI, Président de l'Assemblée de Corse.

ETAIENT PRESENTS : Mmes et MM.

Vannina ANGELINI-BURESI, Danielle ANTONINI, Guy ARMANET, François BENEDETTI, François BERNARDI, Valérie BOZZI, Pascal CARLOTTI, Mattea CASALTA, Marie-Hélène CASANOVA-SERVAS, François-Xavier CECCOLI, Marcel CESARI, Catherine COGNETTI-TURCHINI, Romain COLONNA, Christelle COMBETTE, Jean-Louis DELPOUX, Frédérique DENSARI, Muriel FAGNI, Isabelle FELICIAGGI, Pierre-José FILIPPETTI, Laura FURIOLI, Pierre GHIONGA, Fabienne GIOVANNINI, Michel GIRASCHI, Francis GIUDICI, Stéphanie GRIMALDI, Julie GUISEPPI, Xavier LACOMBE, Paul LEONETTI, Jean-Jacques LUCCHINI, Pierre-Jean LUCIANI, Marie-Thérèse MARIOTTI, Paul MINICONI, Jean-Martin MONDOLONI, Paola MOSCA, Nadine NIVAGGIONI, François ORLANDI, Jean-Charles ORSUCCI, Marie-Hélène PADOVANI, Julien PAOLINI, Paulu Santu PARIGI, Chantal PEDINIELLI, Marie-Anne PIERI, Antoine POLI, Laura Maria POLI, Pierre POLI, Juliette PONZEVERA, Louis POZZO DI BORGO, Rosa PROSPERI, Joseph PUCCI, Catherine RIERA, Anne-Laure SANTUCCI, Marie SIMEONI, Pascale SIMONI, Jeanne STROMBONI, Julia TIBERI, Anne TOMASI, Petr'Antone TOMASI, Hyacinthe VANNI

ETAIENT ABSENTS ET AVAIENT DONNE POUVOIR :

Mme Véronique ARRIGHI à M. Hyacinthe VANNI
M. Jean-François CASALTA à Mme Julia TIBERI
Mme Santa DUVAL à Mme Chantal PEDINIELLI
M. Camille de ROCCA SERRA à M. Jean-Martin MONDOLONI

L'ASSEMBLEE DE CORSE

- VU** le code général des collectivités territoriales, titre II, livre IV, IV^{ème} partie, notamment les articles L. 4422-1 et suivants,
- VU** le code de la santé publique et notamment ses articles L. 1434-1 et suivants, et R. 1434-1,
- VU** le Projet Régional de Santé 2, soumis à consultation publique par arrêté du 15 juin 2018, publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture

de Corse, en date du 18 juin 2018,

SUR rapport du Président du Conseil Exécutif de Corse, amendé,

VU l'avis n° 2018-55 du Conseil Economique, Social, Environnemental et Culturel de Corse, en date du 18 septembre 2018,

SUR rapport de la Commission de l'Education, de la Culture, de la Cohésion Sociale et de la Santé,

CONSIDERANT la présentation du PRS 2 par l'ARS, le 26 juin 2018 devant la Commission Santé de l'Assemblée de Corse,

CONSIDERANT la présentation du PRS 2 par l'ARS, le 5 juillet 2018 devant le Conseil Exécutif de Corse,

APRES EN AVOIR DELIBERE

Après un vote à la majorité (19 Absentions),

ARTICLE PREMIER :

DECIDE d'émettre un avis réservé au Projet Territorial de Santé 2 2018-2023 composé des plans, schémas et programmes qui le constituent : le cadre d'orientation stratégique 2018-2028, le schéma régional 2018-2023, le programme d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies 2018-2023.

Ces réserves sont mentionnées dans le rapport du Président du Conseil Exécutif de Corse annexé à la présente délibération.

ARTICLE 2 :

MANDATE le Président du Conseil Exécutif de Corse pour transmettre à la Préfète de Corse et au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé la présente délibération, en demandant la prise en compte de l'avis de la Collectivité de Corse dans la mise en œuvre du Projet Territorial de Santé 2.

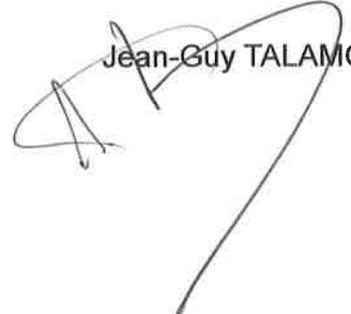
ARTICLE 3 :

La présente délibération fera l'objet d'une publication au recueil des actes administratifs de la Collectivité de Corse.

Ajaccio, le 20 septembre 2018

Le Président de l'Assemblée de Corse,

Jean-Guy TALAMONI



COLLECTIVITE DE CORSE

**RAPPORT
N° 2018/O2/304**

ASSEMBLEE DE CORSE

2 EME SESSION ORDINAIRE DE 2018

REUNION DES 20 ET 21 SEPTEMBRE 2018

**RAPPORT DE MONSIEUR
LE PRESIDENT DU CONSEIL EXECUTIF DE CORSE**

**AVIS SUR LE PROJET TERRITORIAL
DE SANTE 2 2018-2023**

COMMISSION(S) COMPETENTE(S) : Commission de l'Education, de la Culture, de la Cohésion Sociale
et de la Santé

RAPPORT DU PRESIDENT DU CONSEIL EXECUTIF DE CORSE

En préambule, il convient de rappeler la situation particulière de notre île au regard des enjeux prioritaires que constituent l'accès aux soins et la préservation du capital santé des Corses.

La situation insulaire présente des signes inquiétants à plus d'un titre : désertification médicale, vieillissement du corps médical, absence de Centre Hospitalier Universitaire, renoncement aux soins, indicateurs de santé publique alertant (taux d'Interruption Volontaire de Grossesse, taux de suicide, indicateurs d'obésité infantile...), vieillissement de la population, coût des transports, risques émergents, variations saisonnières....

Si la Corse affiche une densité médicale supérieure à la moyenne (*91 médecins généralistes pour 100 000 habitants, contre 84 au niveau hexagonal*), ce chiffre masque une autre réalité : celle d'une répartition inégale des professionnels de santé sur les territoires et d'un âge moyen avancé de ces médecins (41 % d'entre eux sont âgés de plus de 60 ans). La Corse doit ainsi faire face à la problématique des déserts médicaux, problématique dont l'acuité augmentera dans les prochaines années.

S'agissant des soins hospitaliers, le taux de fuite insulaire s'établit à 17,2 %, avec une relative stabilité sur les dernières années. Il est cependant variable selon les spécialités, témoignant d'une absence de fatalité à inverser une tendance installée et consistant à faire de l'avion le meilleur des médecins. La prise en compte des investissements nécessaires à une médecine hospitalière moderne, inspirant la confiance, source d'expertise, est indispensable afin de résorber le retard historique que connaissent nos hôpitaux.

Pour la Collectivité, la lutte contre les déserts médicaux et l'accès à des soins hospitaliers spécialisés et de qualité sont des priorités.

Les revendications de la Collectivité de Corse sur ces questions sont anciennes et toujours d'actualité :

- Lutter contre les déserts médicaux,
- Revaloriser le coefficient géographique
- Prendre en compte les difficultés de déplacement et d'accès aux soins,
- Défendre une offre de soins de qualité,
- Moderniser les établissements de santé,
- Prendre en compte les impacts de la forte saisonnalité sur le système de santé.

1. Rappel du cadre du Programme Régional de Santé

Le PRS constitue le cadre d'action de l'Agence Régionale de Santé-ARS et des acteurs de santé, déclinant les politiques étatiques de santé publique (notamment les programmes et plans nationaux), en les adaptant aux problématiques insulaires.

Les enjeux du 1^{er} PRS 2012-2016 qui s'est achevé fin 2017 étaient basés sur :

- La modernisation des établissements de santé de l'île
- La garantie d'un accès aux soins de qualité à tous
- L'amélioration de la prise en charge des personnes les plus fragiles (personnes âgées et personnes handicapées)
- L'anticipation et le développement d'une politique de prévention volontariste

Il s'était décliné en de nombreux documents :

- Un Plan stratégique régional de santé
- 3 schémas régionaux (Prévention-SRP/Soins-SROS et annexes/Médico-social-SROMS)
- 4 programmes : télémédecine/gestion du risque/accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies-PRAPS/accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie-PRIAC

L'élaboration du PRS2 (2018-2022) ambitionne de s'inscrire dans un chaînage cohérent entre la Stratégie Nationale de Santé (SNS) et les plans nationaux de santé, en intégrant une territorialisation des actions pour illustrer le recentrage de la politique de santé autour de l'utilisateur.

Le PRS2 comprend désormais 3 documents :

- Un Cadre d'Orientation Stratégique (COS), qui dresse les grandes orientations à 10 ans, autour des priorités populationnelles, sanitaires et collaboratives en santé.
- Un Schéma Régional de Santé (SRS), document opérationnel visant la fluidité des parcours et des filières de soins et d'accompagnement médico-social, de réduction des inégalités de santé (objectifs qui seront mis en œuvre au sein des territoires de vie des populations).
- Un Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS) qui préconise des actions de coordination des acteurs œuvrant en matière de lutte contre les inégalités d'accès aux services de santé des plus précaires.

Le PRS 2 s'est, par ailleurs, appuyé sur la Stratégie Nationale de Santé qui a relevé 3 priorités spécifiques à la Corse :

- Assurer une offre de soins graduée et continue adaptée à l'insularité (offre 1^{er} recours rurale, prise en compte des chrono distances, compenser l'inaccessibilité par l'innovation, renforcer l'appui par les CHU de Nice et Marseille, accompagner la dynamique de prévention dont la lutte contre le tabac, prise en compte du vieillissement ...).

- Prendre en compte la forte précarité observée et génératrice de renoncement aux soins.
- Etre en capacité d'adapter l'offre de santé aux fluctuations saisonnières et aux risques émergents.

Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 :

Le maillage de l'offre de soins et de santé de proximité doit intégrer le statut d'Ile-Montagne

- Cibler les actions sur les enjeux de santé publique spécifiques au territoire
- Préserver une offre de recours en grande fragilité dans le rural
- Compenser l'inaccessibilité par des moyens dédiés à l'innovation (télémédecine, téléconsultations)
- Garantir l'appui et l'expertise des CHU de Marseille et Nice dans un cadre conventionnel
- Accompagner une véritable dynamique de prévention, en particulier face au tabagisme et renforcer les actions en faveur du dépistage des cancers
- Prendre en compte les chronos distances dans la définition du maillage pertinent de l'offre de proximité
- Autoriser des expérimentations dans les territoires ruraux
- Moderniser et réorganiser les établissements afin d'en accroître l'efficience
- Ajuster l'offre aux variations saisonnières mais aussi anticiper le développement

La phase d'élaboration et de rédaction du PTS2 est désormais terminée. La période de consultation obligatoire (Préfet de Corse, collectivités territoriales, Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), conseils départementaux pour la citoyenneté et l'autonomie (CCA en Corse), a été ouverte depuis le 15 juin pour une période de 3 mois.

Cette période de concertation s'achève le 15 septembre, conformément aux dispositions de l'arrêté pris par le DG ARS.

Le Conseil Exécutif de Corse a fait valoir, auprès de la Direction Générale de l'ARS, la nécessité de permettre un réel débat au sein de l'Assemblée de Corse, après avis du CESEC compte tenu des enjeux inhérents à la situation de la santé en Corse. En l'absence de session en août, le respect de l'agenda fixé par l'ARS, aurait conduit à un examen précipité du PRS à la session de juillet, laissant à l'Exécutif une période réelle de concertation et d'analyse de 15 jours (entre le 21 juin et le 5 juillet) au lieu de 3 mois.

Par courrier du 3 juillet 2018, le Directeur Général de l'ARS a souhaité que le PRS ne soit pas adopté sans avoir recueilli l'avis de l'Assemblée de Corse lors de sa session de septembre.

Il est important de souligner que si le domaine de la santé publique et de l'organisation de l'offre de soins relève des missions de l'Etat, la nouvelle Collectivité de Corse dispose désormais de compétences élargies dans le domaine du médico-social (en co-financement avec l'ARS), de la prévention, à travers l'action de ses

PMI (protection maternelle et infantile), de ses CPEF (centres de planification et d'éducation familiale), de ses centres de dépistage, développés plus particulièrement en Pumont, CeGIDD, (Centre gratuit d'information, de dépistage, de diagnostic des virus du sida, des hépatites et des IST), CLAT, (Centre de lutte antituberculeuse), son centre de vaccination polyvalent et anti-amariile, sa consultation tabacologique ; enfin dans la lutte contre le renoncement aux soins à travers son action sociale au plus près des populations.

On soulignera également l'engagement de la Collectivité au côté de l'ARS, dans le cadre de la Conférence régionale des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.

A ce titre, la Collectivité portera un regard particulièrement attentif de partenaire investi et responsable sur ces volets du PTS.

En outre, la Collectivité de Corse s'est impliquée depuis plusieurs années sur la question majeure de la santé en Corse, tant la situation insulaire présente des signes inquiétants à plus d'un titre : désertification médicale, vieillissement du corps médical, absence de CHU, renoncement aux soins, indicateurs de santé publique alertant (taux d'IVG, taux de suicide, indicateurs d'obésité infantile...), vieillissement de la population, coût des transports, risques émergents, variations saisonnières.....

Les revendications de la Collectivité de Corse sur ces questions sont anciennes et toujours d'actualité :

- Lutter contre les déserts médicaux,
- Revaloriser le coefficient géographique
- Prendre en compte les difficultés de déplacement et d'accès aux soins,
- Défendre une offre de soins de qualité,
- Moderniser les hôpitaux,
- Prendre en compte les impacts de la forte saisonnalité sur le système de santé.

2. La méthode d'élaboration du PTS2

L'ARS affiche une méthode d'élaboration en étroite concertation avec les acteurs pour la rédaction du PTS2. Si une comitologie foisonnante a accompagné l'élaboration du PTS2, en particulier entre février et mai 2018, celle-ci reste inégale et souvent peu lisible pour les partenaires.

Le retard pris par l'ARS, entre la fin d'année 2017 et le début 2018, pour des raisons indépendantes de sa volonté, a entraîné une mise en pression sur le calendrier des travaux.

Si l'intention générale d'associer les partenaires a été clairement exprimée et qu'un nombre important de réunions s'est tenu, la méthodologie générale d'élaboration du plan reste particulièrement opaque, sans que l'on puisse déterminer le nombre de groupes de travail lancés, leurs séquences et les interlocuteurs associés, variables selon les chefs de projets.

Dans les travaux menés avec les ex-Conseils départementaux et la Collectivité, on relève un niveau variable de concertation selon les sujets, une association très inégale entre la Haute-Corse et la Corse-du-Sud. Ainsi, les travaux du PTS n'ont

mobilisé que très faiblement les services de l'ex- Conseil départemental de Haute-Corse (sur les parcours des seniors et le bien vieillir, sur la prévention). Globalement, le parcours enfant a été également élaboré sans les ex-Conseils départementaux, ni la Collectivité alors que des problématiques saillantes sont à prendre en compte, notamment dans la prise en charge des troubles psychiques.

Par ailleurs, la concertation installée au sein des instances de démocratie sanitaire comme les Conseils territoriaux de santé (CTS), reste contestée par les parties prenantes aux 2 CTS en Corse-du-Sud comme en Haute-Corse, qui soulèvent un faible niveau de concertation et des exercices de restitution in fine.

Or, dans le cadre de la mise en œuvre de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, l'ARS a délimité des territoires de démocratie sanitaire, nouveau cadre géographique de la démocratie en santé dont les CTS sont les supports.

Parmi les missions d'un CTS, on note la contribution à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du projet régional de santé.

Comme en 2012, malgré la volonté affichée de coproduire une politique territoriale de santé, avec les professionnels, les usagers, les représentants institutionnels, l'exercice reste partiellement insatisfaisant et non conforme à l'ambition initiale.

3. Le contenu du PTS2

Le PTS2 est un document cadre consistant mais très peu lisible.

Il se présente ainsi comme un support volumineux composé d'un cadre d'orientation stratégique de 60 pages, d'un plan régional stratégique de 268 pages, d'un programme régional d'accès à la prévention et aux soins de 36 pages.

Dans le plan lui-même, qui ne compte pas moins de 190 objectifs opérationnels, la multiplicité des points d'entrée ne permet aucune synthèse de qualité.

A ce titre, les documents de présentation proposés par l'ARS restent trop détaillés, difficiles à exploiter et ne permettent pas une appropriation aisée des orientations du plan, trop nombreuses.

Le cadre de synthèse du PRS1 proposait une présentation plus explicite, pour chaque thème d'intervention, des objectifs chiffrés en termes de projets et des financements associés.

Le PTS2 2018-2023 reste à ce titre muet sur les engagements financiers de l'Etat et les moyens dont disposera l'ARS pour la réalisation de ses objectifs. La question du co-financement nécessaire de la collectivité sur un grand nombre de projets se pose ainsi de façon évidente en filigrane, sans que celle-ci soit clairement exprimée, qualifiée et chiffrée, plaçant la Collectivité de Corse en situation d'incertitude. A ce titre, il convient de rappeler fermement que les compétences sanitaires relèvent de la sphère de l'Etat.

L'ensemble est ainsi peu opérationnel et rend compliquée la lecture critique et la projection d'une vision d'ensemble

Cependant les grandes orientations du PTS2 restent très convergentes et partagées par la Collectivité :

- Meilleure prise en compte de la territorialisation (introduction des chronos distances, soutien aux ESP (équipes de soins primaires) et aux MSP (maison de sante pluri disciplinaire),
- Actions de lutte contre les déserts médicaux (nouveau zonage, primes à l'installation, appui aux diagnostics territoriaux...),
- Renforcement de l'offre de 1er recours et la priorité donnée à la coordination,
- Développement d'une offre inclusive d'accueil dans le médico-social,
- Prise en compte de la précarité dans l'accès aux soins (PRAPS), lutte contre le renoncement aux soins et recherche de solutions concertées aux pour les situations complexes

4. Les axes communs du PTS2 entre ARS et Collectivité de Corse

4.1 La prévention

La Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 a dédié son premier axe à la prévention, et de façon plus générale à la promotion de la santé qui, selon la charte d'Ottawa, est « un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci ».

Le volet prévention, 1^{er} volet du PTS2, vise une approche globale de la santé à travers cinq grands domaines d'intervention : populationnel (territoire faiblement peuplé et vieillissant) social (1 personne/5 vit sous le seuil de la pauvreté) environnemental (qualité eau, air, amiante, radon, déchets, isolement géographique) individuel (modes de vie, comportements personnel et social, caractéristiques biologiques et génétiques).

Ce volet s'inscrit donc dans la transversalité avec les autres plans, comme le PRSE 3, le plan précarité, le plan régional santé travail, la e-santé.

Le volet prévention du PTS2 propose de promouvoir des interventions en matière de repérage et de dépistage précoces, de favoriser l'accroissement de l'autonomie de la personne à tous les âges de la vie, de développer des parcours de santé, de renforcer les plans de formation et d'inciter une politique de recherche. Celui-ci permettra de réduire les inégalités sociales et territoriales en améliorant l'accès aux soins, en ayant une approche populationnelle, de la conception à la fin de vie, en agissant sur tous les déterminants de santé, à tous les âges de la vie et dans tous les milieux.

Le PTS2 favorise le développement d'une approche globale de la santé et l'émergence d'une organisation en parcours de santé. L'objectif 3 du Cadre d'Orientation stratégique (COS) est « d'accompagner l'accès à la santé des plus fragiles dans une logique de parcours ». Ces parcours seront valorisés afin de prendre en compte la personne en fonction de son sexe, son âge, ses conditions et niveaux de vie, son environnement, sa ou ses pathologies aussi bien en matière de prévention que dans les champs sanitaire, social ou médico-social. Le développement de la e-santé et le dossier médical partagé permettront de faciliter ces parcours. Le rôle des Plateformes territoriales d'appui (PTA) pour les cas

complexes sera indispensable pour améliorer la coordination et la prise en charge.

En effet, une personne peut être concernée par plusieurs parcours (par exemple être jeune et avoir une maladie chronique comme le diabète ou bien être en situation de précarité et souffrir de troubles psychiatriques). Cette organisation en parcours privilégiera une approche autour de la personne, favorisera le maintien à domicile et une prise en charge de proximité. L'ARS a ainsi identifié cinq parcours prioritaires: le bien vieillir, les enfants et adolescents, la santé mentale dont l'addictologie, la cancérologie et le diabète.

Une attention particulière est portée au parcours enfants-adolescents, avec la mise en place, dès la rentrée scolaire 2018-2019 d'un service sanitaire.

Les objectifs principaux sur le moyen terme sont d'intégrer la prévention primaire dans la pratique des futurs professionnels de santé (essentiellement les étudiants de l'IFSI) et de leur permettre la réalisation d'actions concrètes de prévention auprès de publics identifiés comme prioritaires (en lien avec le parcours éducatif de santé, la santé au travail, l'Université, la PMI, les EPHAD, les établissements sociaux et médico-sociaux...).

La dimension psycho sociale dans le parcours enfant a été intégrée.

Cette dimension reste cependant confidentielle alors que le travail sur le développement des compétences psycho sociales, dès le plus jeune âge et l'acte précoce, semble à la collectivité le moyen de permettre aux personnes de prendre des décisions éclairées et responsables quant à leur santé.

Les différentes dimensions de la prévention développées dans le PTS2 sont partagées par la collectivité de Corse et correspondent à ses axes de développement. Quelques points de détails ont été relevés. (cf. point approfondissement infra)

Ce volet n'appelle pas d'observations de fond si ce n'est :

- un point de vigilance sur l'intégration des « 25 mesures phares » du Plan national de santé publique « priorités Prévention » présenté le 26 Mars 2018.
- une plus forte dimension à donner au développement des compétences psycho sociales
- des développements possibles en matière d'éducation sexuelle (cf. également infra).

Il existe en Corse 2 réseaux de contraception, prévention des IVG (1 en 2B et 1 en 2A). Leur développement et leur pérennisation doivent être inscrits au PTS.

4.2 La coordination

L'exercice coordonné de la médecine devient une composante majeure de la réponse médicale, en ce qu'elle répond aux aspirations des nouvelles générations de médecins (préservation de la qualité de vie, refus d'isolement) et aux nouvelles pathologies, dont les polyopathologies et les maladies chroniques qui exigent une vision pluridisciplinaire du suivi médical.

Cette coordination peut être organisée par un rassemblement de plusieurs professionnels sur le modèle MSP mais aussi et surtout grâce aux outils numériques, les systèmes d'information partagée - SIP, (dossier médical partagé, messageries sécurisées, consultations en télémédecine...), et au développement des usages de diagnostics partagés ou de prises en charges coordonnées dans la cadre de plateformes organisées.

Pour exemple, le « PAERPA », Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie, dispositif innovant, déployé à titre expérimental sur le territoire de Haute-Corse, par la Collectivité, l'Hôpital et le réseau Rivage. Il s'adresse aux personnes, âgées de 75 ans et plus, dont l'autonomie est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre médical ou social. Ces personnes sont intégrées dans un parcours de soins coordonnés, géré depuis une plateforme opérationnelle dénommée « Coordination Territoriale d'Appui », et sont suivies sur le terrain par une équipe pluridisciplinaire de soins dite du premier recours.

Ce dispositif est articulé autour de 5 actions clés : Renforcer le maintien à domicile-Améliorer la coordination des intervenants et des interventions-Sécuriser la sortie d'hôpital-Éviter les hospitalisations inutiles-Mieux utiliser les médicaments.

Le PTS2 prévoit le renforcement de ce dispositif et son évolution vers une PTA (plateforme territoriale d'appui) destinée à prendre en compte la coordination, sans distinction populationnelle, de toutes les situations complexes.

Si la Collectivité adhère à l'exigence d'une plus grande coordination des acteurs du social, du médico-social et de la santé pour améliorer les prises en charge des patients dans une logique de parcours et si elle s'est déjà engagée dans le PAERPA avec un projet d'extension régionale, la question des moyens à affecter au fonctionnement de ces plateformes se pose à horizon 2019.

4.3 La lutte contre les déserts médicaux

Plusieurs mesures apparaissent au PTS2 :

- Un nouveau zonage, élargi pour permettre la mobilisation plus importante des aides incitatives à l'installation,
- Des aides aux équipes de soins primaires, première étape de coordination du 1er recours,
- Des projets de diagnostics de territoires systématisés,
- Le soutien à la convention de développement de l'internat en Corse,
- Le développement de la e-santé (cf. infra),
- L'utilisation de l'article 51 de la LFSS permettant les expérimentations (en réponse à la situation de l'hôpital de Corti).

Un effort très net de soutien à la territorialisation de l'offre de soins, en particulier sur le premier recours, est à saluer. Un nouveau zonage permet un soutien plus important à l'installation en zones sous dotées

4.4 Les maisons de santé pluridisciplinaires

Compte tenu de la situation particulière de notre territoire insulaire, déjà rappelée plus haut, et des disparités en matière d'accès et de coordination des soins, les

maisons de santé constituent un des outils majeurs afin d' aider les territoires à se saisir des questions de santé dans un contexte de très faible densité de population, d'une population vieillissante, d'un solde migratoire positif avec un accroissement plus rapide de la population, concernant surtout les classes d'âges élevés, enfin, de fécondité basse.

La problématique de la démographie des professionnels de santé (baisse de la démographie médicale, isolement des professionnels, désintérêt des nouveaux internes, augmentation du temps de travail induite et travail administratif croissant) et l'évolution des prises en charge (croissance forte des maladies chroniques dans les pathologies...) impose de questionner les modes d'organisation d'une offre de soins adaptée aux bassins de vie eux aussi en mutation.

De ce constat se trouve renforcé, le besoin de constituer des sites de consultations dans le cadre de structures d'exercice coordonné existantes, sur la base d'un projet de territoire, du développement de la télémédecine (déploiement numérique e-santé).

Pour rappel, le bilan des MSP à ce jour est de 10 projets identifiés (3 réalisés : Calinzana, Livia, San Nicolau et le Pôle de santé de Carghjese / 1 projet présenté en IRP cette année : MSP L'Isula/1 Projet en cours : MSP Sartè, et 4 en attente : Centre Corse, Cap Corse, Taravu, Fium'Orbu). Le schéma d'Aménagement, de développement et de protection du massif corse a identifié un besoin de 6 MSP supplémentaires à celles existantes à l'échelle du massif et 4 à 5 cabinets secondaires en réseau avec ces MSP sur la base d'une prise en compte des différents niveaux de contraintes des communes en termes de pente, altitude, démographie, temps d'accès, emploi, service à la population.

On note dans le PTS2 une véritable réflexion stratégique sur le 1er recours, et la lutte contre les déserts médicaux, dans le cadre d'une proposition cohérente, partagée par la collectivité, d'inscription, dans les projets et diagnostics de territoires, dans le soutien à l'émergence de l'offre et à la coordination, dans la volonté de développement des maisons de santé.

Cette politique est complètement partagée avec la collectivité, qui devra construire les outils de financement nécessaires à l'accompagnement des projets de territoires en lien avec l'ARS (diagnostics de territoires, soutien aux équipes de soins Primaires, soutien aux maisons de santé...). L'Instance Régionale de Pilotage (IRP) existante, qui regroupe une force d'instruction conjointe CDC, SGAC, ARS reste un modèle pertinent.

4.5 La e- santé

Il convient de rappeler que la stratégie nationale de santé 2018-2020 (décret en date du 31 décembre 2017) qui comprend des dispositions spécifiques à la Corse, précise qu'il sera nécessaire dans les prochaines années de « compenser l'inaccessibilité par des moyens dédiés à l'innovation (télémédecine, téléconsultation...)».

L'organisation mondiale de la santé définit l'e-santé comme l'ensemble des activités consistant à « utiliser, selon des modalités sûres et offrant un bon rapport coût/efficacité, les technologies de l'information et de la communication à l'appui de l'action de santé et dans des domaines connexes ».

Le terme de e-santé regroupe donc l'ensemble des moyens et services faisant appel au numérique et dont les principaux sont la télémédecine, les applications mobiles pour la santé, les dossiers électroniques des patients, le suivi à distance des patients.

Parmi ces outils, deux font l'objet d'une définition au sens de la loi :

- *La télémédecine* : « une forme de pratique médicale à distance utilisant des technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figurent nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. »
- *Le Dossier Médical Partagé* : Instauré par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, il s'agit d'un carnet de santé numérique, personnel, sécurisé et accessible sur internet. Son déploiement, progressif, est confié à la CNAMTS. Il contient un ensemble de services permettant aux professionnels de santé autorisés de partager, sous forme électronique, les informations de santé utiles à la coordination des acteurs.

Il est important de souligner que la e-santé ne vient pas se substituer aux pratiques médicales existantes. A l'inverse, elle devient une réponse aux enjeux auxquels est confronté le système de santé ; accès aux soins, amélioration de la qualité de prise en charge, suivi des patients en ALD, meilleure réponse aux situations d'urgence, échanges de données...

Au regard de ses différentes composantes et des problématiques auxquelles elle s'attache à répondre, la e-santé apparaît clairement comme un nouvel outil au service des territoires qui pourrait permettre, à court terme, de compenser certaines carences du système de santé en Corse, mais aussi et surtout, dans une réflexion à plus long terme, de le moderniser afin d'anticiper les évolutions démographiques et épidémiologiques à venir.

Le PTS2 développe une stratégie en e-santé transverse à l'ensemble des orientations.

L'ARS de Corse a mis en place un cadre de gouvernance partagée sur la e-santé avec la Collectivité, les hôpitaux, les cliniques privées, les URPS. Elle a sollicité 2 assistances à maîtrise d'ouvrage sur ce volet et souhaite résolument se positionner sur les appels à projets nationaux pour le financement de bouquets de service numériques et la mise en place, d'un GRADES (Groupement Régional d'Appui au Développement de la E Santé).

La Collectivité de Corse adhère à l'opportunité d'élaborer une véritable stratégie en matière de e-santé, qui puisse permettre tout à la fois, de lutter contre la désertification médicale, favoriser l'exercice de la médecine en réseau sur les territoires, améliorer la coordination entre les professionnels et les échanges de données, apporter une meilleure réponse aux situations d'urgence ou encore améliorer la prévention, notamment, pour les patients souffrant d'une ALD. Le schéma d'aménagement du numérique intègre ainsi les perspectives de développement des MSP sur le territoire.

Au-delà du volet sanitaire ; la e-santé constitue une véritable opportunité sur le plan du développement économique (soutien aux start-up) et dans le domaine de l'innovation en soutien à la prévention de la perte d'autonomie (silver économie)

Exemples

Télésurveillance médicale (avec objets connectés), notamment pour les personnes souffrant d'affections de longue durée (ALD) et tendre vers une médecine de précision/ aides techniques innovantes permettant de prévenir la perte d'autonomie des séniors : chemins lumineux, détecteurs de chutes, montres connectées, tablettes permettant de suivre différentes constantes et d'assurer les échanges d'informations entre les professionnels intervenant à domicile, appareils de géolocalisation...

4.6 : Le PRAPS

Ce programme régional d'accès à la prévention à l'accès aux soins est composé de fiches actions. Il a été élaboré en lien étroit avec les ex-Conseils départementaux et la Collectivité, principaux partenaires du PRAPS en tant que coproducteurs de ces fiches et acteurs dans leur mise en œuvre. Il doit permettre l'accès aux plus fragiles à la santé.

Il repose, pour l'essentiel, sur des dispositifs multiples pilotés par l'assurance maladie : PASS à l'hôpital, PFIDASS, centres de santé CPAM ou Mutualistes, ou par des associations : consultations diverses organisées par Corse-Malte ou la Croix Rouge, ou les médecins du monde mais également sur des compétences développées par les ex conseils départementaux, notamment, les services de prévention et de dépistage, en Corse-du-Sud.

Le PTS propose de consolider ce programme voire de le développer.

La rédaction des fiches actions a fait l'objet d'une concertation continue et n'appelle pas d'observations, si ce n'est un point de vigilance sur la gouvernance du PRAPS (pilotage ARS sur des actions en partie mises en œuvre par la Collectivité) et une absence de lisibilité sur les financements associés.

4.7 : Le médico-social

Les grands axes de la politique en faveur des personnes âgées et handicapées sont partagés : maintien à domicile, développement de petites unités d'accueil, complément d'offres en matière de résidence autonomie, mise en place d'une politique plus inclusive transverse PA/PH, mise en place des préconisations du rapport PIVETEAU sur la réponse accompagnée pour tous.

Ces éléments se retrouvent dans la feuille de route de la conseillère exécutive.

5. Les réserves à prendre en compte

5.1.1 La prévention, clairement identifiée comme axe prioritaire, appelle une mise en adéquation des moyens qui lui sont dédiés

Si la prévention et la promotion de la santé est une clef de transformation

clairement affichée, elle représente actuellement, en part budgétaire, 0.3 % : cette situation reste clairement insuffisante et le PTS ne propose aucune projection financière associée à cette ambition.

Des efforts collectifs doivent être menés en faveur de la prévention.

Les chiffres rappellent la faible adhésion aux campagnes nationales de prévention (cancer colorectal, cancer du sein.....) et alertent en matière de taux d'interruption volontaire de grossesse (taux le plus élevé en France métropolitaine). Au-delà des campagnes de dépistage, la Collectivité de Corse, porte l'idée que la santé ne doit pas se réduire à une politique de soins et souhaite fermement que l'accent soit mis sur une action précoce auprès des jeunes, à travers le développement des compétences psycho-sociales notamment (dimension abordée limitativement dans le cadre des parcours enfants-adolescents).

Ainsi, bien que le cadre d'orientations stratégiques, rappelle en objectif 1 que la santé relève d'une approche globale, qui vise le changement des comportements, le volet prévention développé dans le PTS reste plus particulièrement focalisé sur le développement d'une offre médicalisée de prévention (couverture vaccinale, dépistage...)

Sur ces points en particulier, un certain nombre de lacunes ont été identifiées :

Concernant la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST), dans le parcours santé des enfants et des adolescents, les IST ne sont pas citées. Ainsi, les axes suivants mériteraient d'être développés :

- Investir dans la promotion en santé sexuelle, en particulier en direction des jeunes, dans une approche globale et positive.
- Améliorer le parcours de santé en matière d'IST, dont le VIH et les hépatites virales : prévention, dépistage, prise en charge.

La pérennisation et le développement des 2 réseaux contraception et de prévention des IVG doivent également être inscrits au PTS.

A noter également que les migrants et primo arrivants ne sont pas retenus comme public prioritaire et la santé sexuelle n'est pas intégrée dans leur bilan de santé global (sauf dans l'axe 2 du PRAPS p 141). Des actions ciblées en faveur de ces publics devraient être mises en place et les actions de la Collectivité en faveur des mineurs non accompagnés doivent être soutenues.

L'effort budgétaire estimé à 10 ans pour les orientations relevant de ce domaine est inconnu et permet de s'interroger sur la réelle capacité de transformation du paradigme du tout curatif.

5.1.2 Les besoins de modernisation des structures médico-sociales doivent être accompagnés

La vétusté d'un nombre important de structures médico-sociales met en évidence l'importance des besoins à couvrir et l'indispensable accompagnement des structures dans le cadre de PPI (plan pluri annuels d'investissement).

La Collectivité qui apporte son soutien financier en investissement (équipements et travaux) dans la modernisation des structures, souligne l'importance d'un engagement fort de l'ARS dans le financement de travaux.

5.1.3 Les limites de l'offre médico-psychologique et psychiatrique : deux dimensions insuffisamment prises en compte.

L'insuffisance de moyens et de perspectives est notable. Le renforcement des moyens humains et financiers alloués aux structures est indispensable.

Les services de l'Aide sociale à l'enfance de la Collectivité, comme sur d'autres territoires, interviennent de façon de plus en plus régulière en faveur des mineurs ou jeunes majeurs présentant des problématiques multiformes : éducatives, médico-psychologiques et psychiatriques.

Malgré le caractère limité des places offertes en ITEP, IME, le PTS ne propose pas de développements substantiels dans le parcours enfants et adolescents (propositions sur le champ du handicap : dépistage précoce des troubles DYS et du spectre autistique)

L'insuffisance de capacité des établissements médico-sociaux spécialisés, les limites des prises en charge proposées, la fermeture des établissements durant les vacances scolaires, l'insuffisance d'offre en psychiatrie infanto juvénile (prise en charge et hébergement), les inégalités territoriales doivent être davantage prises en compte.

On note la création de places d'assistantes familiales thérapeutiques et spécialisées dans le titre III: cette proposition reste notoirement insuffisante tant l'écart avec les besoins du territoire est important et la demande en augmentation.

5.1.4 L'absence de développement prévus sur l'onco-pédiatrie

La prise en compte des spécificités des cancers des enfants et des adolescents n'est pas vraiment notifiée, que ce soit au niveau du parcours de santé des enfants et adolescents ou que ce soit au niveau de l'objectif 6 du parcours en cancérologie: développer des filières intégrées.

Or, l'un des axes forts du plan cancer 2014-2019 concernant les cancers pédiatriques est de :

- Garantir l'accompagnement global au-delà des soins liés aux cancers et la continuité de vie pour l'enfant et ses proches,
- Mieux préparer et suivre l'enfant et sa famille dans l'après-cancer,
- Améliorer l'accès des enfants, adolescents et jeunes adultes à l'innovation et la recherche.

5.1.5 Les conditions d'une réelle coordination à installer

La réussite du déploiement du schéma régional de santé (SRS) en accord avec les orientations stratégiques notamment la réduction des inégalités repose sur la coordination des acteurs d'un territoire.

Le fonctionnement des contrats locaux de santé illustre pourtant le déficit toujours important sur cet exercice : pour l'essentiel des sujets contractualisés entre ARS et communes ou communauté de communes, il est constaté que la PMI est absente malgré son rôle unique dans son domaine de compétence.

L'observatoire de la santé des enfants et des adolescents, également mentionné comme projet phare du parcours enfant, est ainsi porté sans réelle articulation avec l'observatoire de l'enfance, dont la compétence, par application du code l'action sociale et des familles, appartient aux conseils départementaux et, en Corse, à la CDC.

La coordination des acteurs doit ainsi pouvoir se traduire à un échelon administratif pertinent et dans le cadre d'instances de pilotage partagées.

Enfin, les précédents PRS au sein des SROS et SROMS déclinaient les orientations en termes d'intégration des services gérontologiques (coordination des intervenants, lisibilité des dispositifs gérontologiques, fluidité des parcours des personnes âgées) sans en préciser les modalités de mise en œuvre.

Pour ce nouveau PTS2 Corse, il aurait été pertinent de préciser la démarche d'intégration portée par la méthode MAIA, pour la mise en œuvre sur le territoire régional de la coordination des politiques de santé en vue d'une continuité des parcours des usagers et reconnaissant ainsi les travaux réalisés conjointement avec les CLIC.

En effet, l'intérêt de la méthode MAIA a été de faire émerger une fonction spécifique dédiée aux situations complexes et de permettre la mise en œuvre d'un observatoire sur le territoire notamment en termes de prévention, de suivi, d'accompagnement, de repérage de la complexité, afin de proposer des solutions adaptées à ces publics vulnérables, suite aux retours d'expérience et analyse de pratiques.

Ainsi, si la collectivité soutient l'idée d'une plate-forme territoriale d'appui et l'évolution vers une démarche intégrée, regroupant toutes les composantes représentatives des secteurs sanitaire, médico-social et social. Il est rappelé que le contexte corse, qui place la Collectivité en porteur de projets effectif de plusieurs volets de la fonction d'appui (CLIC, MAIA, PAERPA), permet, un niveau d'intégration déjà élevé et positionne la CDC en acteur incontournable de la coordination des parcours complexes.

5.1.6 L'articulation des logiques : les parcours spécifiques aux personnes vulnérables (PRAPS) versus un accès aux soins universels et une logique d'égalité territoriale.

Le point d'entrée du PRAPS est celle d'une logique de parcours spécifique aux plus précaires, afin de tenir compte des spécificités des problématiques de ces publics.

Si la volonté d'assurer une prise en charge la plus intégrée possible entre le social, le médico-social et la santé est partagée, la question de l'articulation entre une politique de santé territorialisée, permettant de réduire les inégalités d'accès aux soins avec une entrée par le territoire et une politique de santé s'appuyant sur une approche populationnelle, mérite d'être davantage travaillée, tant les démarches peuvent sembler parallèles et mobilisatrices, (comitologies spécifiques).

5.1.7 Un plan stratégique amputé de ses moyens et sans priorités lisibles

Aucune donnée budgétaire chiffrée n'accompagne le PTS.

Cette situation, quoiqu'inhérente à la nature du document stratégique, interroge sur la capacité à réaliser les ambitions portées notamment au regard du bilan en demi-teinte du PRS1.

Elle comporte le risque pour la Collectivité d'être sollicitée en appui de financement sur des projets, certes prioritaires, mais qui relèvent d'une compétence que l'Etat n'arrive plus seul à assumer, et ce, dans un contexte où la Collectivité construit sa propre vision de la politique de santé.

Pour rappel, les états généraux de la santé seront lancés au 1^{er} semestre 2019. La Collectivité demande ainsi l'élaboration d'un document budgétaire d'appui, traduction des moyens affectés à la réalisation du plan quinquennal.

- **Aucune programmation n'est proposée, ne faisant pas apparaître clairement les priorités portées.**

5.1.8 Une reconnaissance des spécificités de la Corse, île-montagne, au final peu exploitée

Ce point d'entrée figure dans le COS et est traitée plus particulièrement dans les titres I et IV, mais n'est pas déclinée dans les titres II et III, autrement que sous le prisme d'une offre graduée avec quelques expérimentations peu développées. La question des variations saisonnières est succinctement abordée.

- **Sur les moyens dédiés aux hôpitaux, objet d'une motion de l'assemblée de Corse en sa session de mai 2018 :**

Cette question n'est pas traitée (sont précisés, dans le bilan du PRS 1 2012-2016, les moyens affectés aux deux principaux établissements de l'île, sur la période). **Il est rappelé à cette occasion que la spécificité de l'île, exposée aux variations saisonnières, aurait pu être intégrée à ce titre.**

Dans le COS, on note l'absence d'orientation à 10 ans sur les évolutions possibles du secteur hospitalier (CHR/CHU), pourtant p.49 de ce même document, il est une nouvelle fois rappelé, que la Corse reste le seul territoire sans centre hospitalier universitaire.

- « Encourager dans les bassins médicalement sinistrés l'ouverture de cabinets secondaires dans lesquels se relaieraient plusieurs praticiens installés en zones urbaines, en complément ou pour pallier l'absence d'installation de nouveaux médecins dans ces espaces. »
- « Prioriser l'installation de points d'accès de télémédecine dans les territoires les plus excentrés de l'accès aux soins en s'appuyant sur le maillage des infirmières libérales exerçant en zones rurales. »

En conclusion, il est proposé d'émettre un avis réservé sur le Programme

Territorial de Santé 2 et la prise en compte des observations et recommandations présentées dans le présent rapport.

Il est demandé, en particulier :

- L'établissement d'un cadre financier permettant d'identifier les moyens affectés par l'Etat pour la réalisation de ses objectifs stratégiques et du plan régional ;
- Que ces moyens soient prioritairement affectés à la prévention, à la modernisation des structures de soins et médico-sociales, et aux établissements de santé ;
- Que soit prise en compte, la motion N° 2017/E3/036, adoptée à l'unanimité par l'Assemblée de Corse, en sa session des 29 et 30 juin 2017, portant demande d'un PEI santé, seule solution capable de constituer une réponse efficace au retard structurel des investissements, en particulier sur les hôpitaux de Bastia et Ajaccio ;
- L'ouverture d'une véritable réflexion sur la revalorisation du coefficient géographique ;
- Que les besoins en matière de prise en charge des enfants relevant de problématiques complexes (éducatives, médico-psychologiques et psychiatriques) soient pris en compte, et les moyens dédiés inscrits au PTS ;
- Que l'onco-pédiatrie soit inscrite comme axe de développement dans ce même plan ;

Une prise en compte des addictions, en particulier de la toxicomanie, véritable fléau qui touche la jeunesse insulaire, dans les orientations du PTS ;

Une plus forte association des pharmaciens, notamment, dans le cadre de l'élaboration d'une véritable politique de prévention et dans la mise en œuvre du 1^{er} recours ;

Une révision du zonage, si nécessaire, permettant de prendre en compte les problématiques de certains territoires ;

L'ouverture d'une réflexion sur l'amélioration des conditions de prise en charge des malades et de leur famille, contraints de se déplacer hors de Corse, pour accéder aux soins.

PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ



SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ 2018-2023

DOCUMENT SOUMIS À LA CONSULTATION



SOMMAIRE

Introduction	4
TITRE I : CONSTRUIRE AVEC LES PROFESSIONNELS ET LES USAGERS, DES PROJETS DE SANTE TERRITORIAUX GRADUES.....	6
Chapitre 1 - La prévention en santé en amont du système	7
Chapitre 2. L'appui aux professionnels et les objectifs relatifs aux services de santé de proximité.....	11
Chapitre 3 - La promotion d'une démocratie sanitaire éclairée et active.....	27
Chapitre 4 – La mise en œuvre d'une animation territoriale en santé	34
TITRE II : CONFORTER LA COHERENCE ET LA PERTINENCE DES FILIERES DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL.....	42
Chapitre 1 – L'évolution des filières de soins	
1.1. La médecine.....	43
1.2. L'hospitalisation à domicile (HAD).....	45
1.3. Les soins palliatifs	51
1.4. La prise en charge de la douleur chronique.....	55
1.5. La chirurgie.....	56
1.6. La périnatalité (gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale).....	68
1.7. Assistance médicale à la procréation (AMP), activité de diagnostic prénatal (DPN) et génétique.....	74
1.8. La médecine d'urgence.....	78
1.9. Permanence des soins en établissement de santé (PDSES).....	86
1.10. La filière soins critiques (réanimation, soins intensifs, surveillance continue).....	90
1.11. La filière accident vasculaire cérébral (AVC).....	93
1.12. La filière cardiologique et les activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie	97
1.13. La filière maladie rénale chronique.....	104
1.14. Les soins de suite et de réadaptation (SSR).....	111
1.15. Imagerie médicale.....	121
1.16. la biologie médicale.....	132
1.17. Soins aux détenus.....	136
Chapitre 2 : l'évolution des filières d'accompagnement médico-social	141
2.1 Le renforcement du tryptique « repérage, diagnostic et interventions précoces » comme facteur d'inclusion.....	141
2.2 Le renforcement de l'offre médico-sociale à travers une organisation graduée et inclusive	147
2.3 L'organisation d'une offre spécialisée favorisant la qualité et la sécurité des prises en charge	153
2.4 La continuité des parcours de prise en charge à travers l'appréhension et le traitement anticipé des situations individuelles complexes	159
Chapitre 3 : la prise en charge des maladies et handicaps rares.....	163

TITRE III : ACCOMPAGNER LES PLUS FRAGILES DANS LEURS DÉMARCHES DE SANTÉ, DANS UNE LOGIQUE DE PARCOURS CONTINU ET ADAPTÉ.....167

Chapitre 1 – Le parcours Bien Vieillir	169
Chapitre 2 – Le parcours de santé des enfants et des adolescents.....	184
Chapitre 3 – Le parcours santé mentale (dont l’addictologie).....	189
Chapitre 4 – Le parcours Cancer.....	209
Chapitre 5 – Les maladies chroniques et le parcours diabète.....	224

TITRE IV : TRANSFORMER NOS ORGANISATIONS PAR LE NUMÉRIQUE ET L’INNOVATION.....233

TITRE V : FAIRE DE LA QUALITÉ DES SOINS ET DE LA RÉPONSE AUX RISQUES ET AUX SITUATIONS EXCEPTIONNELLES L’AFFAIRE DE TOUS.....245

Chapitre 1 – La qualité, la sécurité et la pertinence des soins.....	246
Chapitre 2 – L’hémovigilance et la sécurité transfusionnelle.....	251
Chapitre 3 – La santé environnementale.....	254
Chapitre 4 – La veille et la sécurité sanitaires	260
Chapitre 5 – La gestion des situations sanitaires exceptionnelles.....	263

INTRODUCTION

Elément central du projet régional de santé défini par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, le schéma régional de santé (SRS) décline, pour les 5 ans à venir, les orientations du cadre d'orientation stratégique 2018-2028 (COS).

Le schéma régional de santé est un document unique se substituant aux trois schémas régionaux du précédent PRS (schéma d'organisation des soins, schéma d'organisation de l'offre médico-sociale et schéma de prévention). Il est cohérent avec la stratégie nationale de santé et son volet spécifique consacré à la Corse ainsi qu'avec les plans nationaux de santé publique.

Il détermine, pour l'ensemble des champs de compétence d'intervention de l'ARS, (prévention et promotion de la santé, soins hospitaliers et ambulatoires, veille et sécurité sanitaire, accompagnement médico-social), des objectifs opérationnels d'amélioration des parcours de santé des usagers, ainsi que des objectifs relatifs à l'évolution de l'offre d'activités et d'équipements de santé.

Son élaboration s'appuie sur un diagnostic des besoins de santé, sociaux et médico-sociaux et des réponses existantes à ces besoins. Il prend en compte le panorama de la santé en Corse et le bilan du PRS 1 réalisés pour l'élaboration du COS, ainsi que les diagnostics élaborés par territoire de démocratie sanitaire et présentés devant chaque conseil territorial de santé. L'élaboration des objectifs du SRS s'est également nourrie de l'analyse des situations de rupture au sein des parcours de santé, en plaçant l'utilisateur au cœur des organisations.

Le schéma régional est le fruit d'une large concertation des acteurs de santé, des usagers et de leurs représentants. Une vingtaine de groupes de travail thématiques ont associé des professionnels et des structures de santé de Corse, des fédérations et unions de professionnels et usagers, des collectivités et des services de l'Etat partenaires de l'ARS, à l'élaboration des objectifs et des actions du SRS.

Les instances de démocratie sanitaire, dans leurs domaines respectifs de compétences, ont étroitement participé à la démarche par le biais de plusieurs présentations et échanges autour des orientations du schéma, à divers stades de son élaboration: réunions du groupe technique de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, de sa commission permanente, des deux conseils territoriaux de santé et des deux commissions de coordination des politiques publiques.

L'Assurance maladie a également contribué aux travaux, s'agissant notamment des domaines privilégiés de sa collaboration avec l'ARS tels que le premier recours, la pertinence des soins, l'imagerie...

La Collectivité de Corse (CdC), dès sa mise en place en janvier 2018, a été associée, tout comme l'avaient été les ex conseils départementaux, à des échanges sur l'ensemble des thématiques du schéma, qu'elles soient de compétence partagée ou non avec l'ARS.

Le schéma régional de santé de Corse 2018-2023 a pour ambition de favoriser la construction avec les professionnels et les usagers, de projets de santé territoriaux gradués, à partir du premier recours (titre I).

Il entend conforter la cohérence et la pertinence qualitative des filières de soins et d'accompagnement médico-social au niveau du territoire corse (titre II). Ce titre comporte les objectifs d'évolution quantitative et qualitative de l'offre de soins et d'équipements matériels lourds et d'évolution de l'offre des établissements et des services médico-sociaux.

Il propose, en complément du programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), des objectifs permettant la mise en œuvre, pour certains publics particulièrement fragiles (personnes âgées, enfants et adolescents, personnes atteintes de cancer, malades chroniques et personnes souffrant de pathologies mentales), un accompagnement global et continu dans leurs parcours de santé (titre III).

L'insularité et la géographie corses donnent toute sa pertinence à une coopération des acteurs de santé et des partenaires institutionnels, afin de permettre à la Corse de devenir un territoire d'innovation en santé dans le numérique et au niveau des organisations (titre IV).

Enfin, parce que sa caractéristique d'île -montagne et les flux de population que connaît la Corse l'exposent particulièrement à la menace des crises sanitaires, le schéma régional de santé, en complément des mesures planifiées par nos partenaires, entend promouvoir chez tous les acteurs et les usagers du système de santé la prévention des risques et les moyens de réponse aux situations exceptionnelles (titre V).

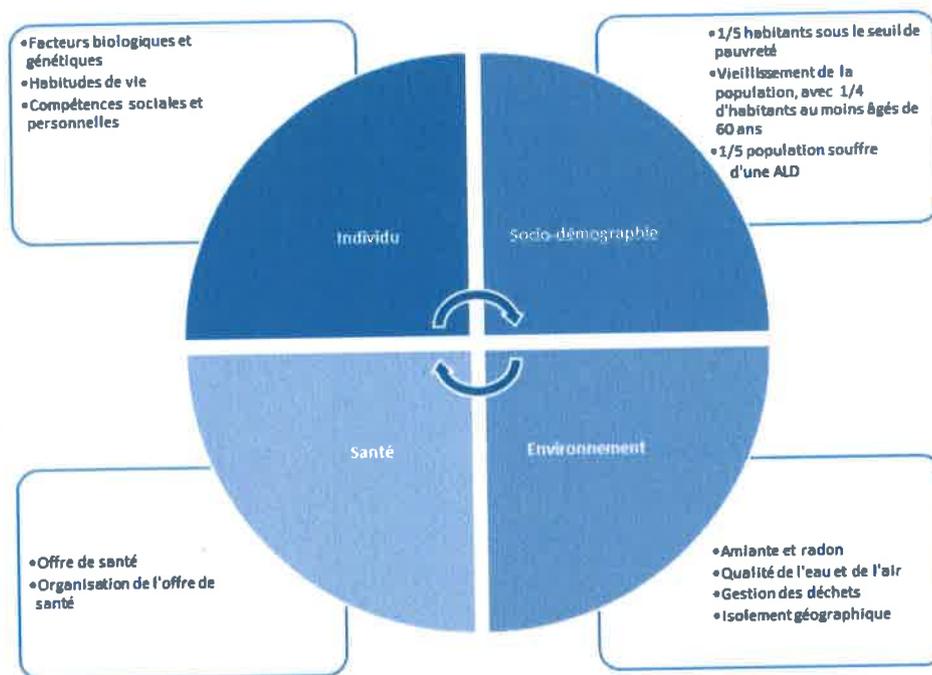
La nécessité de poursuivre les efforts de modernisation des équipements sanitaires et médico-sociaux de l'île a été rappelée par le Président de la République, dans son discours de Bastia du 7 février 2018. Il a annoncé la démarche d'élaboration, en collaboration avec les élus et avec le soutien des services centraux du ministère en charge de la santé, d'un plan de modernisation des infrastructures et des équipements insulaires. Ce plan devra s'établir en cohérence avec les axes de développement du schéma régional de santé.

TITRE I
CONSTRUIRE AVEC LES PROFESSIONNELS ET LES
USAGERS, DES PROJETS DE SANTÉ
TERRITORIAUX GRADUÉS

Chapitre 1 – La prévention en santé en amont du système

Agir ensemble afin de promouvoir des environnements favorables à la santé

Définition du domaine d'intervention



La promotion de la santé renvoie à une approche globale de la santé qui vise le changement des comportements mais aussi des environnements relatifs à la santé, via une gamme de stratégies individuelles et collectives (modes de vie, habitudes de vie) et environnementales (conditions de vie). Cette approche s'appuie sur l'implication de l'ensemble de la population dans le contexte de la vie quotidienne. Elle sollicite la participation des professionnels de soins primaires, l'intersectorialité et la complémentarité des approches en matière de santé, d'action sociale et d'aménagement du territoire.

La promotion de la santé et la prévention constituent le premier axe de la stratégie nationale de santé 2018 – 2022. Les actions de prévention réalisées au sein des territoires devront concerner tous les âges de la vie. L'instauration d'un service sanitaire de trois mois permettra de diffuser des interventions de prévention conduites par des étudiants en santé auprès de la population notamment en milieu scolaire.

Elle cible 5 domaines d'actions :

- l'accès à la santé,
- l'environnement social et physique,
- le renforcement de réseaux sociaux et du soutien social,
- les modes de vie,
- l'information.

De nombreux partenaires sont mobilisés autour de thématiques de santé publique (IVG, réduction du tabagisme, dépistage, santé des populations en situation de précarité, prévention de la personne âgée en perte d'autonomie). Le soutien méthodologique porté par l'instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) appuie les démarches de promotion de la santé illustrées par les contrats locaux de santé.

Toutefois, l'inégale répartition territoriale de l'offre préventive et la coordination partielle des interventions peinent à donner aux stratégies poursuivies leur pleine mesure.

A ces difficultés d'organisation s'ajoutent celles du niveau de ressources identifiées qui peuvent apparaître insuffisantes au regard des enjeux à relever. Le modèle biomédical « soignant – soigné » demeure en effet le modèle dominant et dans ce contexte justifie que soient orientés de manière préférentielle les moyens engagés sur l'offre de soins.

En phase avec la stratégie nationale de santé, il convient de poursuivre trois axes de travail :

- rechercher davantage d'implication des institutions et partenaires,
- nourrir les dynamiques locales,
- diffuser les compétences sur l'ensemble du territoire,

Objectif stratégique N° 1 du COS : appuyer les politiques de santé sur les socles de la prévention et de la promotion de la santé.

Dans le cadre de cet objectif, quatre axes de travail sont privilégiés :

- améliorer la coordination des politiques publiques en prévention et promotion de la santé,
- faciliter la circulation de l'information et l'identification de l'offre de prévention,
- déployer les modalités d'interventions communautaires,
- faciliter l'accessibilité de l'offre en matière de pratiques cliniques de prévention (vaccinations, dépistages, éducation thérapeutique du patient ...).

Objectif opérationnel N°1 : inclure la promotion de la santé dans toutes les politiques publiques.

Pour être efficaces les interventions préventives doivent s'inscrire dans la durée.

Elles reposent sur la mobilisation des institutions en charge des plans d'actions ayant un impact sur la santé et sur le croisement des expertises.

Le recours aux ressources propres de chacune d'entre elles permet en effet, de questionner la santé dans une approche globale pouvant inclure les dimensions relatives à l'aménagement du territoire.

Les actions à mettre en œuvre pour répondre à cet objectif sont :

Action N°1 : favoriser l'intersectorialité et la mise en synergie des ressources par l'animation d'une gouvernance régionale pour apporter une aide à la priorisation et au suivi et promouvoir les coopérations infra régionales.

Action N°2 : mobiliser les ressources de la démocratie en santé à partir de la commission de coordination des politiques publiques en matière de prévention qui s'élargirait aux représentants de la démocratie en santé et des professionnels de santé.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de réunions de la CCPP élargie
- ✓ nombre de rencontres, de débats publics organisés

Objectif opérationnel N°2 : établir pour chaque territoire de projets et au plus près des communautés un plan d'actions visant à faciliter les interactions protectrices en santé entre aidants – usagers – professionnels.

Une amélioration de la performance dans la mise en œuvre des interventions est nécessaire dans la mesure où les actions se réalisent encore souvent de manière ponctuelle et partielle dans l'atteinte du public cible. Il convient ainsi de relier aux démarches structurantes portées par les groupements hospitaliers de territoire, la communauté psychiatrique de territoire, les communautés professionnelles territoriales de santé, ... les initiatives proposées par les intervenants du secteur de la prévention. Une meilleure identification de l'offre, des travaux et interventions réalisées constitue une base d'information indispensable en préalable à la réalisation des projets.

Action N°1 : entretenir une communication active auprès des institutionnels, professionnels et usagers du système de santé.

Action N°2 : encourager et formaliser les démarches d'alliances.

L'animation des dispositifs de coordination et des espaces d'actions qui associent professionnels et usagers et institutions (contrat local de santé, conseil local de santé mentale,...) doit être confortée.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de publications
- ✓ mise à jour du répertoire des ressources en prévention et promotion de la santé
- ✓ nombre d'échanges et de consultations dématérialisés
- ✓ nombre de réunions des instances CLS et CLSM

Objectif opérationnel N°3 : garantir une déclinaison territoriale infra régionale des réponses de prévention.

Chaque territoire exprime une attente particulière vis-à-vis des mesures de prévention à arrêter selon l'organisation de l'offre disponible et le diagnostic partagé en matière de déterminants et de problèmes de santé. Les alliances ou appuis peuvent être recherchés afin d'assurer une coordination satisfaisante des interventions mais aussi une gestion adaptée des ressources humaines.

Action N°1 : mettre en œuvre de manière adaptée aux publics ciblés, des actions de santé publique visant à réduire les déterminants défavorables à la santé en particulier par :

- l'amélioration de la couverture vaccinale : relayer les différentes campagnes auprès des acteurs concernés (ex. : obligation vaccinale chez les nourrissons, pour les personnes âgées : la grippe et le pneumocoque, l'HPV chez les adolescents et pour la population générale : mise à jour du calendrier vaccinal).
- la réduction du tabagisme et des conduites de consommation à risque (cf. titre III - parcours santé mentale et addictions),
- la réduction des risques infectieux,
- l'accès à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse (cf. titre II – chapitre 1 - volet périnatalité)
- l'accès aux activités physiques régulières ou adaptées,
- le développement d'une alimentation équilibrée.

Action N°2 : promouvoir les interventions en matière de dépistage et de repérage précoce.

Le dépistage est un outil de prévention indispensable. Il permet en effet d'identifier une maladie ou un problème de santé à son stade le plus précoce et de proposer la prise en charge la plus adaptée. Il peut être ciblé sur des pathologies, des facteurs de risques et revêtir un caractère systématique comme le dépiste prénatal. Il convient de promouvoir les interventions en matière de dépistage s'agissant :

- des dépistages des cancers et en particulier les dépistages organisés : sein, colorectal, cancer du col de l'utérus (cf. titre III – parcours cancérologie)
- des troubles neuro développementaux en particulier les troubles du langage et des apprentissages.
- des troubles sensoriels : audition, vue...

Action N°3 : développer les modalités d'intervention qui favorisent l'accroissement de l'autonomie de la personne à tous les âges de la vie.

- Impulser des actions de développement des compétences psychosociales (CPS), et en particulier chez les jeunes.
- Pour les malades chroniques : suivre la mise en place du programme d'actions de la plateforme régionale d'accompagnement des malades chroniques à l'autonomie (PRAMCA) projet expérimental sur 5 ans porté par l'IREPS en partenariat avec les associations de patients et les professionnels en lien avec les maladies chroniques. Ce projet a pour but de proposer des actions de développement des compétences individuelles pour les patients, d'information sur la maladie et les aides sociales pour les patients et les aidants. Des formations peuvent être également organisées et un volet recherche piloté par l'université permettra de réaliser l'évaluation.

Action N°4 : faciliter la mise en place du service sanitaire sur les thématiques ciblées et dans les territoires.

En appui de la mise en place d'une politique de prévention et promotion de la santé, le service sanitaire permettra de diffuser, partout sur le territoire, des interventions de prévention conduites par des étudiants en santé. Cette mesure vient conforter les actions déjà en place sur le territoire.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombres d'actions conduites par déterminants
- ✓ nombre d'actions de prévention dans le cadre du service sanitaire
- ✓ taux de dépistage
- ✓ nombres et types d'actions conduites par la PRAMCA
- ✓ nombres et types d'actions impulsées dans le cadre du développement des CPS
- ✓ programme d'actions de la plateforme régionale d'accompagnement des malades chroniques à l'autonomie (PRAMCA)

Objectif opérationnel N°4 : développer le transfert de connaissance en promotion de la santé

Afin de répondre à l'évolution des besoins des professionnels de santé liés à l'émergence de situations de complexité croissante, de nouveaux modes de traitement de l'information, les stratégies de formation prennent ici toute leur importance. Elles doivent permettre l'intégration de pratiques qui facilitent la gestion du stress mais aussi l'accompagnement des personnes prises en charge de manière chronique.

Action N°1 : proposer un plan de formation :

- à destination des professionnels en matière de bonnes pratiques adapté aux attentes des territoires infra régionaux,
- à tous les futurs professionnels de santé dans le cadre du service sanitaire sur les enjeux de la prévention primaire et de la promotion de la santé. Cette action devant impacter les pratiques des professionnels de santé.

Action N°2 : Promouvoir les activités de recherche interventionnelle dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé.

Action N°3 : Favoriser la reconnaissance des techniques ayant fait leur preuve en matière de médecine complémentaire (méditation pleine conscience, médecine chinoise, sophrologie, hypnose,...).

Indicateurs de suivi :

- ✓ par territoire de projet, nombres et catégories de professionnels formés.

Chapitre 2 – L'appui aux professionnels et les objectifs relatifs aux services de santé de proximité

Diagnostic

Une démographie médicale stable mais vieillissante

Le nombre de médecins généralistes libéraux en activité en Corse est globalement stable sur la dernière décennie. On constate cependant, depuis quelques années, une progression importante du nombre de médecins âgés. En 2011, on dénombrait 27% de médecins âgés de plus de 60 ans, leur proportion est passée à 41% en 2018. Par ailleurs, il est fréquent d'observer que les médecins en cessation d'activité dans des micro-régions éloignées des pôles urbains d'Ajaccio et de Bastia sont remplacés, quand ils le sont, par des confrères âgés de plus de cinquante ans.

Leur isolement professionnel, des conditions de vie parfois difficiles, un environnement sanitaire non coordonné, ont conduit certains d'entre eux à renoncer à leur activité au bout de quelques mois d'expérience et ce malgré les aides octroyées par les collectivités locales (mise à disposition d'un cabinet médical, aides financières au logement, prise en charge des frais de déménagement...).

Un autre constat, conséquence des problèmes de démographie médicale, est celui des difficultés rencontrées dans l'organisation de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) dont l'objectif est la prise en charge des patients en dehors des heures d'ouverture des cabinets, les soirs, les week-end et les jours fériés.

Tableau : répartition des professionnels de santé libéraux en activité au 01/01/2016

Professionnels de santé libéraux ou mixtes installés en Corse au 01/01/2016	Effectifs	Densité : effectifs pour 100.000 habitants	Densité : France métropolitaine
Médecins généralistes	346	107	104
Chirurgiens-dentistes	229	71	57
Sages-femmes	25	7,7	n.c
Infirmiers	1454	449	147
Masseurs-kinésithérapeutes	530	164	104
Pédicures-podologues	76	23	21
Orthophonistes	82	25	30
Orthoptistes	23	7,1	n.c
Total Corse	2765		

Source : ADELI-DREES

Une évolution des mentalités et des aspirations des jeunes médecins

Depuis plusieurs années, les jeunes médecins au moment de leur installation, et souvent après avoir exercé plusieurs mois en tant que médecins remplaçants, choisissent un territoire qui offre un cadre de vie agréable et contribuent par leur présence à l'attractivité du territoire. Ils aspirent à un équilibre entre vie familiale et vie professionnelle en privilégiant un travail en équipe élargie et coordonnée et une diversité du mode d'exercice entre libéral et salarié. Le bilan des dispositifs d'aide à l'installation de ces cinq dernières années, mis en place dans le cadre du Pacte Territoire Santé, a montré que le levier financier n'est pas suffisant pour orienter leur choix d'installation.

Un changement important au niveau de la demande de soins

Les projections démographiques réalisées par l'INSEE soulignent l'évolution de la population et son vieillissement. En effet :

- sur les dix dernières années, le rythme de croissance démographique en Corse, avec 1% en moyenne annuelle, est le plus élevé de toutes les régions (2 fois plus que le niveau national) ;
- le poids des personnes de plus de 75 ans représente environ 10% de la population et devrait atteindre 21% dans les prochaines décennies (versus 16% France entière).

L'augmentation de la demande de soins induite du vieillissement de la population est à prendre en considération ; de nombreuses études ont montré que concernant les plus de 75 ans :

- plus de 80% souffrent au moins d'une pathologie chronique, dont 30% d'une maladie cardio-vasculaire et au moins 50% ont une affection de longue durée (ALD) ;
- sept molécules différentes sont délivrées en moyenne 3 fois/an entraînant des risques de iatrogénie ;
- des hospitalisations plus fréquentes et plus longues liées principalement à la poly-médication, la dénutrition, la dépression et les chutes à domicile.

Un bilan rapide des actions entreprises dans le PRS 1 autour de l'exercice coordonné

Confrontées aux inégalités de répartition de l'offre ambulatoire et aux difficultés d'accès aux soins qui en résultent, les actions du PRS 1 ont permis de faire évoluer partiellement les organisations des professionnels du 1^{er} recours afin de répondre aux évolutions des pratiques souhaitées par une partie des professionnels en exercice.

L'ARS de Corse et ses partenaires institutionnels, accompagnés par les représentants des professionnels des santé (URPS), se sont engagés dans la promotion des projets d'exercice coordonné en soins primaires en Corse notamment à travers la création des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et centres de santé (CS). Ces structures pluri-professionnelles coordonnées organisées, autour d'un projet de santé, portées par au moins deux médecins généralistes et une équipe de professionnels de santé du 1^{er} recours ont fortement contribué à :

- renforcer l'attractivité d'un exercice professionnel dans les territoires ruraux fragiles démographiquement ;
- favoriser la maîtrise de stage et l'accueil d'internes de médecine générale au sein des MSP ;
- améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé ;
- développer la qualité de la prise en charge des patients.

La mise en œuvre de ces organisations coordonnées de l'offre de soins de 1^{er} recours devra être poursuivie afin d'améliorer l'accès aux soins, d'optimiser les parcours de santé de la population et de faciliter les coopérations avec les autres acteurs du système de santé.

Aujourd'hui les conditions d'exercice professionnel sont appelées à s'adapter aux conséquences d'une offre médicale limitée, au vieillissement de la population, à l'augmentation de la prévalence de maladies chroniques, au virage ambulatoire. L'organisation du système de santé au niveau du 1^{er} recours doit se transformer en profondeur pour répondre à un véritable paradoxe : comment permettre l'émergence de pôles nécessitant une forte concentration de moyens humains et techniques hautement spécialisés et favoriser dans le même temps le déploiement des prises en charge au plus près du patient ?

La coordination entre la ville et l'hôpital est rendue difficile par l'absence d'instance de concertation entre les différents professionnels de santé. La médecine de ville et l'hôpital ont rarement des échanges directs et ne partagent que trop peu le co-pilotage de projets sur les territoires. Faciliter le lien ville-hôpital, c'est donc créer les conditions d'un rapprochement entre les acteurs à tous niveaux.

D'un point de vue local, la mise en place de nouveaux outils d'organisation tels que les groupements hospitaliers de territoires (GHT), les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ou les plateformes territoriales d'appui (PTA) sont l'occasion pour chacun d'y interroger et affirmer la place de tous.

Objectif stratégique N° 4 du COS : assurer un accès de proximité à un système de santé gradué et de qualité.

La structuration de l'offre de 1^{er} recours nécessite :

- d'identifier les territoires en difficulté, en mesurant les inadéquations entre l'offre et la demande de soins et faciliter l'accès aux soins ;
- de favoriser et d'accompagner l'émergence d'équipes de soins primaires autour d'un exercice coordonné pour répondre aux besoins des patients ;
- de mettre en œuvre des projets de santé de territoire autour de la coordination des acteurs de santé pour répondre notamment à des enjeux de santé publique (prévention, dépistage, éducation thérapeutique) en y intégrant la notion de parcours de santé ;
- d'informer, d'orienter et d'accompagner sur les bassins-santé les professionnels de santé de proximité confrontés à des prises en charge dites complexes à travers la mise en place de fonctions d'appui ;
- de développer les services numériques, outils nécessaires à la coordination des professionnels de santé dans la structuration du 1^{er} recours ;
- de définir une stratégie régionale de l'e-santé et de mettre en place une gouvernance régionale (GRADeS : groupement régional d'appui au développement de l'e-santé) ;
- de créer un cadre commun permettant aux professionnels de santé d'expérimenter de nouvelles organisations (innovation organisationnelle et technique).

Objectif opérationnel N°1 : favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé

L'article L1434-4 du code de la santé publique prévoit que le directeur général de l'ARS détermine les zones pour lesquelles sont mises en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé.

Le nouveau zonage réglementaire vient remplacer le zonage dit « pluri-professionnel » du précédent projet régional de santé. Des méthodologies de zonage spécifiques, par profession, sont en cours d'élaboration au niveau national. L'ARS de Corse, en concertation avec l'URPS des infirmiers libéraux, a fait remonter au niveau du ministère des solidarités et de la santé les spécificités de la Corse en ce qui concerne le futur zonage infirmiers.

Pour les médecins, ces zonages étaient jusqu'à maintenant plus spécifiquement dédiés à favoriser l'installation des généralistes ; le plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires annonce la définition d'un zonage adapté aux autres spécialités afin de favoriser l'articulation entre soins primaires et spécialistes de recours ainsi qu'avec les autres professionnels de santé.

Action N°1 : mettre en œuvre des aides adaptées aux territoires de proximité pour favoriser une meilleure répartition géographique des médecins.

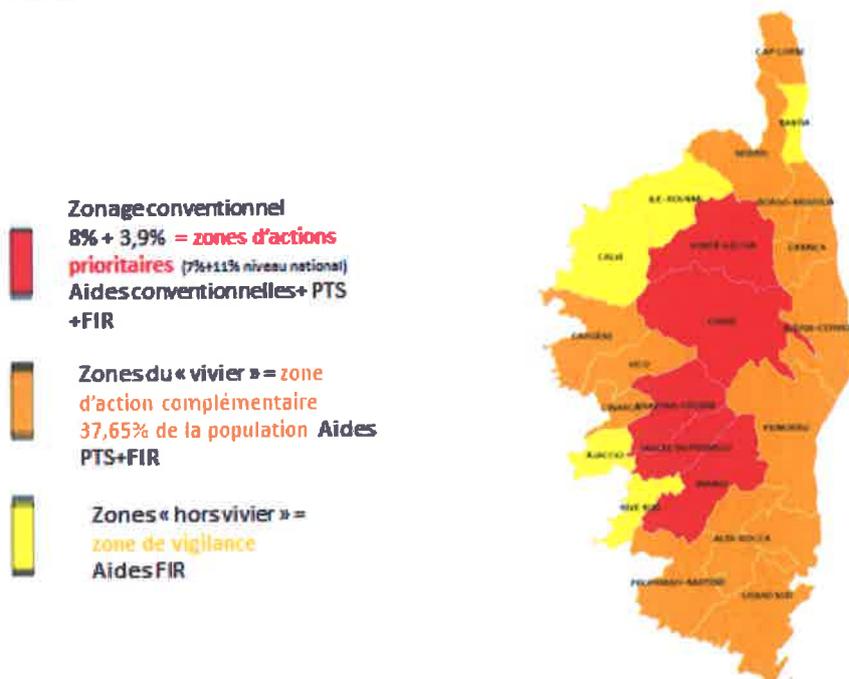
L'indicateur principal retenu est l'Accessibilité Potentielle Localisée (APL). Cet indicateur permet de synthétiser les besoins de soins de la population, la densité médicale et le temps d'accès aux professionnels en prenant en compte le volume d'activité et l'âge des praticiens de la zone, mais aussi des zones environnantes.

La maille géographique retenue est le territoire de vie-santé après argumentation auprès du ministère de la santé. La Corse comporte 22 territoires de vie-santé qui reflètent la structuration de l'offre et de la consommation de soins.

La sélection des zones est réalisée en deux étapes. Une sélection automatique, expression des priorités nationales, est réalisée dans une première phase. Une sélection de zones additionnelles, expression des priorités régionales, est ensuite réalisée après concertation.

Trois niveaux de classification sont retenus pour le zonage :

- les zones « hors vivier » ou « zones de vigilance », pour lesquelles seules les aides du Fonds d'Intervention Régional sont mobilisables,
- les zones du « vivier » ou « zones d'action complémentaires », pour lesquelles les aides relatives au plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires et au FIR sont mobilisables,
- les « zones d'actions prioritaires », pour lesquelles les aides conventionnelles, plan d'accès aux soins et FIR sont mobilisables.



Source : ARS de Corse -Données années 2016

Les aides potentielles sur ces zones « fragiles » sont de trois ordres :

- 1- Les aides relatives à la convention médicale entre la CNAMTS et les syndicats de médecins :
 - contrat d'aide à l'installation médecin (CAIM) ;
 - contrat de transition pour les médecins (COTRAM), contrat d'aide aux médecins de plus de 60 ans qui accueillent un successeur ;
 - contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins (COSCOM), contrat d'aide aux médecins déjà installés ;
 - contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM), contrat d'aide aux médecins qui font des vacations dans les territoires fragiles.
- 2- Les aides de l'Etat portées par l'ARS :
 - par le plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires : contrat d'engagement de service public (CESP), praticien territorial de médecine général (PTMG), praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA), praticien territorial de médecine de remplacement (PTMR) ;
 - par le FIR : MSP, télémédecine, permanence des soins ambulatoires (PDSA), maisons médicales de garde (MMG).
- 3- Les mesures complémentaires
 - exonérations fiscales dans le cadre de la PDSA ;
 - cumul emploi-retraite incitatif.

Action N°2 : mettre en œuvre les méthodologies de zonage des autres professionnels de santé et les aides prévues.

Action N°3 : créer un guichet unique d'information, d'orientation et d'accompagnement pour l'exercice des professionnels de santé.

La finalité recherchée est de mettre en œuvre un guichet d'entrée unique pour orienter facilement les professionnels de santé et les étudiants vers les services existants en Corse, qu'ils soient développés par l'ARS, les CPAM, les collectivités territoriales, les universités, les ordres professionnels, l'URSSAF, la direction des finances publiques. L'objectif fonctionnel de cette organisation consiste à accompagner efficacement dans leurs démarches administratives les professionnels de santé depuis leur formation, leur installation, jusqu'à leur cessation d'activité.

Action N° 4 : promouvoir des initiatives pour améliorer la connaissance des conditions d'exercice des professionnels, de l'évolution de leurs métiers, et de la réponse aux besoins de santé de la population afin de proposer des actions mieux ciblées.

Cette action, déployée par le comité régional de l'Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé (ONDPS) vise notamment à apporter de meilleures connaissances au sujet des thématiques suivantes :

- l'offre en présence sur les territoires à travers des approches quantitatives et qualitatives ;
- les déterminants de choix de stage des internes de médecine ainsi que des motifs d'installation des jeunes médecins ;
- les terrains de stage des étudiants en santé pour la réalisation de leur service sanitaire (promotion de la prévention primaire) ;
- une meilleure connaissance des solutions innovantes proposées par les acteurs de terrain afin d'appréhender l'évolution des métiers en santé.

Action N° 5 : soutien à l'accompagnement et au développement des contrats d'aides à l'installation CESP, PTMG, PTMA et PTMR dans les zones prioritaires.

Action N° 6 : développer la coopération institutionnelle et accompagnement des professionnels de santé à travers une convention cadre relative à l'internat et au post internat de médecine en Corse.

La Collectivité de Corse, les facultés de médecine de Marseille, de Nice, l'Université de Corse, l'URPS des médecins libéraux de Corse et l'ARS de Corse ont décidé de s'associer, dans le respect des prérogatives propres à leurs missions, afin de contribuer à l'amélioration et au développement :

- autour de la formation, de l'accueil des internes de médecine générale et des autres spécialités en ambulatoire,
- de l'installation des praticiens en Corse, notamment dans les zones identifiées comme fragiles,
- des modes d'exercice coordonnés et regroupés autour de projet de santé à l'échelle territoriale,
- de la recherche appliquée en soins primaires.

Une convention cadre, relative à l'internat et au post internat de médecine, sera complétée de deux conventions spécifiques, l'une axée sur la formation et la recherche appliquée, l'autre portant sur la démographie médicale et les aides à l'installation. Ces deux conventions spécifiques permettront de préciser les engagements des signataires au regard des actions à déployer en cohérence avec les orientations stratégiques du projet régional de santé.

Indicateurs de suivi :

- ✓ tableau de bord régional de la démographie
- ✓ nombre de contrats conventionnels signés (COTRAM, COSCOM, CSTM, CAIM)
- ✓ nombre de contrats signés (PTMG, PTMR, PTMA)

Objectif opérationnel N°2 : promouvoir et accompagner les équipes de soins primaires (ESP) comme premier niveau de l'exercice pluriprofessionnel.

La loi de modernisation du système de santé de 2016, dans son article 64, a instauré la création des Equipes de Soins Primaires (ESP). Ce nouveau dispositif, qui comprend déjà les maisons de santé ou les centres de santé, permet aux professionnels de santé une structuration plus souple de l'exercice coordonné. Les ESP sont constituées de plusieurs professionnels de santé de 1^{er} recours autour d'un médecin généraliste, qui élaborent ensemble un projet de santé pour leur patientèle.

Les ESP deviennent le premier maillon de la structuration des soins primaires et viennent renforcer le rayonnement des structures d'exercice coordonné déjà installées sur le territoire. Leur mode de fonctionnement, basé sur la présence d'un seul médecin généraliste, paraît être une organisation plus adaptée aux territoires les plus fragiles qui présentent un nombre limité de professionnels de santé installés et parfois même des difficultés d'accès aux soins.

La Corse, île montagne, présente dans certains territoires des temps d'accès aux soins supérieurs à 30 minutes. Le problème d'attractivité ne facilite pas le recrutement de nouveaux médecins (ex : Niolu, Haut-Taravo, Alta-Rocca, Cap Corse). Face à cette désertification médicale dans ces territoires peu peuplés, l'ESP apparaît comme un moyen supplémentaire d'y maintenir une offre de proximité.

Compte tenu de ses caractéristiques (composition, projet de santé et forme juridique choisie par les équipes), les ESP apparaissent comme un levier supplémentaire dans l'organisation des soins de premier recours. Elles pourraient devenir le premier temps dans l'organisation des projets de structures d'exercice coordonné et évoluer ensuite vers des projets de type MSP ou même s'inclure dans des projets de CPTS.

Action N°1 : former les professionnels de santé aux pratiques collectives dans le cadre du programme pacte de soins primaires.

Compte tenu des modifications de pratiques et d'organisations induites par le passage d'un exercice individuel à un exercice coordonné, une convention de partenariat relative au programme d'amélioration du travail en équipe de soins primaires (Pacte Soins Primaires) a été formalisée fin 2017 entre l'ARS et l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP). Le déploiement de cette convention comprend :

- l'organisation de séminaires régionaux autour de trois thématiques clés : l'émergence des pratiques collectives ; la prise en charge autour des parcours de santé ; les usages des services numériques coordonnés ;
- la désignation d'un binôme de professionnels de santé (URPS médecins généralistes et URPS infirmiers) qui aura le rôle de « formateurs relais régionaux ». Ce binôme déclinera le programme de formation national du pacte de soins primaires en Corse, auprès des futurs coordinateurs de regroupement pluriprofessionnels.

Action N°2 : élaborer conjointement avec les URPS une stratégie d'information, d'accompagnement et de communication pour sensibiliser les professionnels de santé aux ESP.

Un premier cycle de formations a été mené en 2017 dans le cadre d'une convention FIR avec l'URPS médecins libéraux pour favoriser la connaissance des dispositifs existants auprès des professionnels de santé. Elle sera complétée par les séminaires régionaux organisés dans le cadre du pacte de soins primaires (cf. action 1).

L'organisation, la structuration et l'accompagnement des équipes seront définis à travers un cahier des charges régional élaboré par l'ARS en concertation avec les URPS. Ce cahier des charges précisera le cadre minimal du projet de santé, autrement dit le socle attendu d'une ESP, à savoir comment les professionnels de santé envisagent :

- les modalités de travail pluri-professionnel envisagées pour leur patientèle : organisation de réunions de concertation, élaboration de protocoles pluri-professionnels,
- les dispositifs d'information sécurisés permettant le partage des données entre les membres de l'équipe et avec les autres acteurs du territoire (établissement de santé, laboratoire de biologie, établissement médico-social...). L'utilisation de la messagerie sécurisée, la lettre de liaison ville-hôpital et le dossier médical partagé (DMP) seront à privilégier.

Enfin, des prestations de service pour aider à l'élaboration des projets de santé des professionnels qui souhaitent se constituer en ESP sont envisagées. La constitution d'une « boîte à outils » reprenant les principaux documents pour les accompagner au démarrage sera élaborée conjointement avec les URPS médecins, URPS infirmiers et URPS pharmaciens. (ex : statuts juridiques type, protocole de soins, trame type d'un projet de santé à adapter en fonction des spécificités et des problématiques des équipes). Ce guide permettra de comprendre rapidement quels sont les nouveaux outils et dispositifs régionaux proposés et les aides qui y sont associées.

Action N°3 : définir une stratégie de co-financement ARS-Collectivité de Corse Etat pour favoriser l'émergence des ESP.

Le plan pour renforcer l'accès territorial aux soins s'appuie sur tous les modes d'exercice coordonné, y compris les ESP pour garantir un égal accès aux soins dans les territoires. Au regard des orientations inscrites dans le volet santé du schéma montagne de la Collectivité de Corse, qui prévoient le déploiement de moyens financiers supplémentaires pour privilégier les soins de proximité.

Une stratégie de co-financement avec l'ensemble des partenaires devra être formalisée. Des financements (ARS, Etat et autres collectivités) pourront leur être alloués, selon des critères d'éligibilité fixés par le cahier des charges. Le dépôt du projet de santé de l'ESP à l'ARS pour validation et la signature d'un contrat avec l'ARS est un préalable, avant l'instruction de l'Instance Régionale de Pilotage (IRP¹) pour la perception de ces aides. Leur engagement à s'inscrire dans une dynamique qui peut les amener à évoluer vers un exercice plus coordonné à moyen terme, comme leur participation à une CPTS, pourra être un atout supplémentaire dans l'allocation de subventions.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de projets ESP déposés auprès de la cellule technique de l'IRP
- ✓ nombre d'équipes accompagnées par le FIR ou toute autre source de financement

Objectif opérationnel N°3 : soutenir le développement des maisons de santé pluriprofessionnelles et des centres de santé polyvalents.

Une réelle dynamique s'est opérée en Corse avec la concrétisation et l'ouverture de trois projets de MSP instruits par l'Instance Régionale de Pilotage (IRP) sur la période du PRS1² : la MSP de Calenzana, la MSP de San Nicolao et la MSP multi-sites de Cargèse. Dans le cadre de l'IRP, plusieurs projets sont en cours d'instruction et l'ouverture prochaine de trois autres MSP pourraient intervenir d'ici 2020 :

- la MSP d'Ile-Rousse : avis favorable du comité de sélection en septembre 2017 ;
- la MSP de Sartène : projet de santé validé par l'ARS, plan de financement à l'étude par la cellule technique de l'IRP ;
- la MSP du Fium'orbu : projet de santé en cours d'élaboration dans le cadre du projet territorial de la plaine orientale. L'offre de 1^{er} recours sur ce territoire doit également intégrer une équipe de soins primaires (ESP) dans la zone de Sari-Solenzara et une maison médicale de garde (MMG) à Ghisonaccia afin d'améliorer le dispositif de permanence de soins ambulatoires.

La MSP, dans sa conception et son mode fonctionnement, apparaît comme un outil adapté pour attirer de jeunes médecins qui souhaitent travailler en concertation avec d'autres professionnels de santé. Ainsi, la MSP de San Nicolao a favorisé l'installation d'un jeune médecin ayant bénéficié d'un contrat de praticien territorial de médecine générale. Le rôle d'une MSP peut se développer au-delà des objectifs d'accessibilité et de coordination des soins. Pour exemple, les professionnels exerçant au sein des trois MSP existantes ont développé des actions de santé publique en adéquation avec les besoins de la population comme :

- la mise en œuvre de programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) dont le rayonnement va au-delà des patients de la MSP (ex : programme ETP-diabète à la MSP de Calenzana);
- la participation de plusieurs médecins au dispositif de médecins collaborateurs du SAMU (MCS) dans les MSP de San Nicolao et de Cargèse ;
- le déploiement du programme de télé-dermatologie expérimenté en Corse au sein des trois MSP ;

¹ L'IRP est une instance collégiale qui parmi ses missions, instruit et coordonne les différentes demandes de financement – cf. objectif opérationnel n°8

² Compte tenu de difficultés de fonctionnement, la MSP de l'Alta-Rocca n'est pas comptabilisée dans les structures ouvertes, elle a toutefois obtenu un avis favorable du comité de sélection et les acteurs institutionnels et de terrain sont mobilisés pour trouver une solution.

- la mise en place d'un programme de dépistage de la rétinopathie diabétique grâce à la délégation de tâches auprès d'un orthoptiste.

Le développement de l'ambulatoire est un axe fort des programmes de transformation de notre système de santé. Toutes les disciplines sont concernées (chirurgie ambulatoire, prises en charge de médecine, de soins de suite et de réadaptation, psychiatrie) et requièrent à la fois des compétences professionnelles spécifiques au moment de la prise en charge mais également des organisations optimisées.

La prise en charge du patient devra être pensée de façon globale et cohérente. L'amélioration des interfaces ville-hôpital sera une nécessité pour la structuration du parcours. Les professionnels de santé intervenant dans les MSP, compte tenu de la pluridisciplinarité de ces structures, constituent un atout non négligeable dans le relais des établissements sanitaires après une prise en charge ambulatoire.

Structure sanitaire à part entière, les centres de santé sont un mode d'organisation de prise en charge des patients de proximité. Dans le cadre des réflexions sur les moyens de mise en commun des activités médicales et de coordination des premiers recours aux soins, tout en privilégiant les actions de prévention, les centres de santé ont tout naturellement vocation à se développer. Les structures existantes sont encouragées à tendre vers plus de polyvalence, notamment en intégrant la médecine générale.

Action N°1 : consolider le maillage territorial au niveau des MSP existantes.

Les équipes pluriprofessionnelles de soins primaires, qui ont formalisé un exercice coordonné pluriprofessionnel de type MSP, sont amenées à évaluer et à améliorer leur organisation de façon à avoir un impact bénéfique sur la prise en charge des patients. Pour cela, la matrice de maturité, outil d'auto-évaluation développé par la Haute Autorité de Santé (HAS), permet la mise en œuvre d'une démarche qualité itérative pour une organisation optimale progressive sur plusieurs années. Cette auto-évaluation porte sur quatre composantes de l'organisation³. Au terme de l'analyse, les équipes mettent en place des actions pour améliorer leur organisation.

Une évaluation des maisons de santé menée en 2017, pilotée par l'URPS médecins généralistes sur la base de cet outil, a mis en exergue des besoins différents selon les structures sur la fonction de coordination. Cette étude se poursuit en 2018 sur les modalités à envisager pour développer la fonction de coordination inter-structures. Le but recherché est de pouvoir mutualiser et apporter une assistance administrative et/ou technique et/ou un appui à la coordination interne en fonction des besoins (ex : animation de la coordination, relations avec les partenaires extérieurs, participation à la gestion du système d'information, suivi et gestion l'évolution du projet de santé). Cette nouvelle fonction de coordination mutualisée entre les MSP pourrait être assurée au sein de la fédération régionale des MSP de Corse.

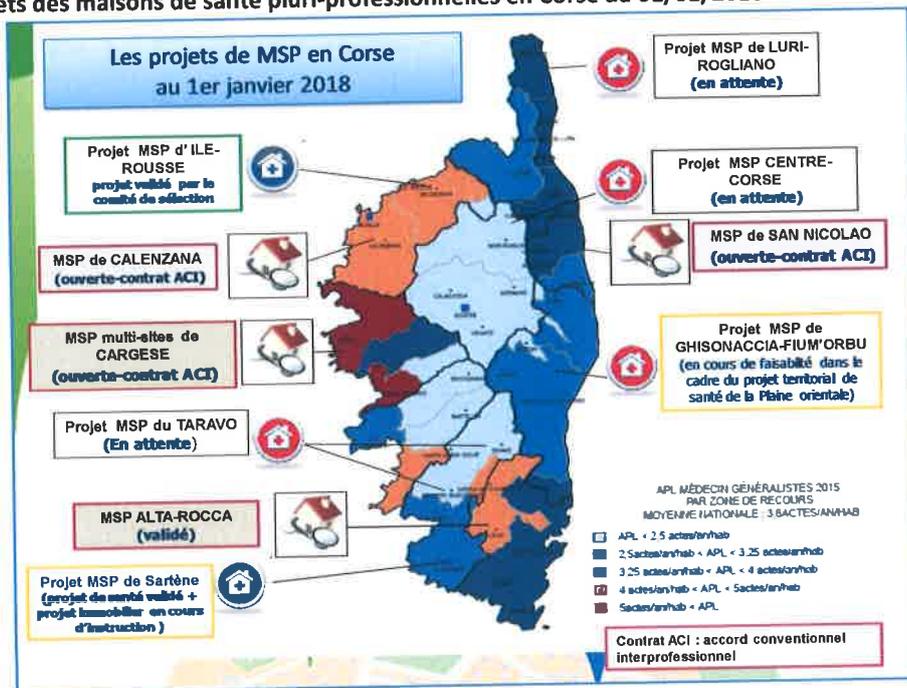
Action N°2 : doubler le nombre de MSP d'ici 2023.

Le plan pour renforcer l'accès territorial aux soins s'est fixé comme objectif de doubler au niveau national le nombre de MSP d'ici 2022. Cet objectif devrait être dépassé en Corse. Ces nouvelles structures pourront bénéficier du retour d'expérience et des dynamiques mutualisées entre les structures installées.

Les modalités d'accompagnement mises en œuvre dans le cadre du PRS1 seront maintenues. Les demandes de financement seront instruites collectivement par l'IRP. Elles porteront sur de l'ingénierie de projet (faisabilité et élaboration du projet de santé sur la base du cahier des charges des MSP) ou sur de l'investissement (ex : construction ou réhabilitation de locaux).

³ Projet de santé et accès aux soins, travail en équipe pluriprofessionnelle, système d'information, implication des patients

Carte des projets des maisons de santé pluri-professionnelles en Corse au 01/01/2018



Source : ARS de Corse-observatoire des MSP

Un accompagnement sera également proposé aux nouvelles structures par l'ARS et l'assurance maladie pour les orienter vers l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) au moment de l'ouverture et leur assurer un financement pérenne.

Action N°3 : s'appuyer sur les projets de santé des MSP afin d'adapter l'offre de soins de proximité.

L'installation d'une MSP sur un territoire de vie peut favoriser la mise en place de cabinets multi-sites dans ses alentours. Ces cabinets constituent alors un moyen supplémentaire pour couvrir les besoins de la population des territoires les plus isolés ou les plus fragiles. Des vacations des médecins participant au projet de santé de la MSP sur d'autres sites géographiques permettent ainsi d'assurer une accessibilité aux soins selon un calendrier de vacations à organiser.

L'accessibilité aux soins de second recours est également une problématique importante en Corse, avec des spécialistes installés majoritairement en centre-ville et en nombre parfois insuffisant. La réalisation de projets collectifs pour assurer une prise en charge de spécialité au plus près des territoires peut être envisagée dans les MSP. L'organisation de ce maillage territorial devra s'inscrire dans un cadre réglementé à l'instar des consultations avancées de spécialités mises en œuvre à la MSP de Cargèse :

- organiser la participation des praticiens hospitaliers à travers une convention cadre avec l'établissement hospitalier de référence (pour la MSP de Cargèse, le centre hospitalier d'Ajaccio) ;
- consulter et demander l'avis du conseil de l'ordre des médecins ;
- permettre aux médecins spécialistes libéraux souhaitant disposer d'un cabinet multi-site dans une MSP d'organiser des consultations selon les dispositions prévues à l'article R. 4127-85 du Code de la santé publique après demande écrite auprès du conseil de l'ordre des médecins.

Compte tenu de ressources médicales en tension, les actes de téléconsultation ou télé-expertise peuvent également être envisagés pour permettre une prise en charge de spécialité au plus près des territoires.

Action N°4 : renforcer l'engagement des équipes de structures d'exercice coordonné dans des actions de prévention de proximité.

Les MSP en fonctionnement ont d'ores et déjà développé dans le cadre de leur projet de santé des actions de santé publique (ex : suivi de la vaccination), de prévention (ex : participation des médecins aux campagnes de dépistage des cancers du sein et du côlon) et d'éducation à la santé (ex : programme ETP diabète à la MSP de Calenzana ou programme ETP prévention des chutes et bien être des personnes âgées à la MSP de Cargèse).

L'ETP au sein des maisons de santé pourra se développer si les professionnels de santé partagent et mutualisent leurs expériences. Cette coordination entre structures pourra être facilitée par la fédération régionale des maisons de santé. Une stratégie de co-financement de ces actions de prévention sera également à rechercher pour en assurer la pérennité. Dans un souci d'efficacité, les programmes ETP maladies cardio-vasculaires, insuffisances respiratoires chroniques graves, diabète, affections psychiques de longue durée, devront s'articuler avec le déploiement de la plateforme régionale d'accompagnement du malade chronique vers l'autonomie (PRAMCA).

Actions N°5 : ancrer les centres de santé dans l'offre de soins primaires en développant des centres de santé polyvalents autour de la médecine générale.

Sur les sept centres de santé recensés, deux sont polyvalents et implantés dans des quartiers difficiles. Les cinq autres sont des centres dentaires répartis de manière homogène sur le territoire. L'accompagnement de ces centres monothématiques pour évoluer vers la polyvalence et compléter l'offre de premier recours sera encouragée.

Action N°6 : favoriser l'adhésion des professionnels de santé aux protocoles de coopération existants.

L'évolution défavorable de la démographie médicale, accentuée par les disparités de répartition territoriale ont mis en lumière la nécessité de développer les coopérations entre les professionnels de santé. Le dispositif de protocoles de coopération permet aux professionnels de santé d'opérer entre eux des transferts d'activités et d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'interventions auprès du patient. Plusieurs protocoles sont en cours d'analyse par l'ARS : le dépistage de la rétinopathie diabétique, la réalisation d'un bilan visuel par un orthoptiste dans le cadre d'un renouvellement des corrections d'optique chez les adultes et le dispositif Asalée. Ce dernier dispositif améliore la prise en charge des malades chroniques par coordination entre médecins généralistes et infirmiers et porte sur :

- le suivi du patient diabétique de type 2 ;
- le suivi du patient à risque cardiovasculaire ;
- le suivi du patient tabagique à risque de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) ;
- la consultation de repérage des troubles cognitifs et la réalisation de tests mémoire pour les personnes âgées.

Action N°7 : étudier la faisabilité de terrains de stage dans les MSP ou centres de santé dans le cadre du service sanitaire.

L'instauration d'un service sanitaire vise à initier les étudiants en santé de santé aux enjeux de la prévention et à permettre la réalisation d'actions concrètes. Il contribuera également à favoriser l'inter professionnalité et l'interdisciplinarité entre les différentes filières de formation.

Ce service devra intervenir dans un cadre offrant des garanties en termes de lieu de stage, d'encadrement voire d'hébergement, avec comme objectif la formation des futurs professionnels de santé. La MSP sera un lieu de stage adapté et pertinent pour le déploiement d'actions de promotion et d'éducation à la santé.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de MSP /Nombre de MSP ayant contractualisé à l'ACI
- ✓ nombre de centres de santé polyvalents
- ✓ nombre de protocoles de coopérations autorisés

Objectif opérationnel N°4 : étendre l'exercice pluri-professionnel à l'échelle des territoires par la création de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

L'article 65 de la loi de modernisation de notre système de santé s'attache à répondre aux attentes des professionnels de santé qui souhaitent promouvoir les soins primaires et l'amélioration de la structuration et de la qualité des parcours de santé, par la création de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Fondée sur l'initiative des professionnels, leur constitution vise à développer un mode d'exercice coordonné pluriprofessionnel à l'échelle du territoire selon une organisation singulière, adaptée à la nature du territoire, aux dynamiques professionnelles, aux ressources disponibles et à la politique régionale.

Les CPTS ont deux raisons principales d'être :

- mobiliser l'ensemble des professionnels du 1er recours en associant les acteurs du sanitaire et du médico-social pour mieux organiser collectivement et en synergie les réponses aux besoins de santé dans un territoire de vie ;
- inscrire les pratiques et initiatives dans une logique de projet à responsabilité populationnelle, en recherchant une complémentarité des actions entre les différents acteurs par un réel décloisonnement.

Le but est de garantir une meilleure coordination des professionnels de santé sur un territoire pour concourir à la structuration des parcours de santé, à l'accompagnement des personnes en situation complexe, à l'accès aux soins, à la santé publique (veille sanitaire, prévention, dépistage, éducation à la santé), à la formation, à l'évaluation, à la recherche-action, au développement de nouveaux modes et outils de travail, de formation et de financement.

Quel territoire pertinent pour déployer des CPTS ?

L'échelle territoriale de référence retenue pour la constitution des CPTS est celle des 9 territoires de vie ou de projets de la Collectivité de Corse. Cette échelle est cohérente avec l'organisation territoriale retenue pour la structuration des équipes de coordination de proximité utilisée dans le cadre de l'expérimentation PAERPA et des futures plateformes territoriales d'appui.

La préfiguration d'une CPTS, lancée en 2017 en Balagne, associant les MSP de Calenzana et d'Ile-Rousse, le centre hospitalier de Calvi-Balagne ainsi que le réseau de gérontologie Rivage, permet de bénéficier d'un retour d'expérience positif en Corse sur l'intérêt de soutenir le développement de CPTS. Le projet initial, portant sur le parcours de santé de la personne âgée, a très vite évolué avec l'émergence de nouvelles actions prioritaires dans le territoire, telle la fluidification et la sécurisation des échanges via les systèmes d'information (SI), le développement d'actions de prévention et d'éducation thérapeutique, l'amélioration des pratiques professionnelles et le renforcement du lien ville-hôpital.

Cette expérience permet d'approcher de manière concrète l'intérêt des CPTS comme outil de coopération interprofessionnel et infra-territorial.

L'écosystème des CPTS permet la création de projets territoriaux de santé en réponse aux problématiques de santé du territoire et aux besoins d'appui et d'amélioration des pratiques des professionnels concernés.

Action N°1 : repérer les professionnels de santé potentiellement moteurs et les initiatives naissantes, en s'appuyant prioritairement sur les ESP et MSP existantes, pour faire émerger des CPTS sur les 9 territoires de vie ou de projets.

Action N°2 : co-construire une stratégie régionale partagée avec l'ensemble des acteurs institutionnels et professionnels d'accompagnement à la constitution de CPTS, basée sur :

- la mise à disposition de diagnostics territoriaux partagés ;
- l'appui et l'ingénierie à la formalisation du projet ;
- la mise en relation avec les autres acteurs.

Action N°3 : déployer de nouveaux modes d'organisation dans les territoires fondés sur une approche populationnelle, en mobilisant les CPTS comme un levier de structuration de l'offre de proximité via :

- le développement de consultations avancées de spécialité en proximité en particulier sur les territoires les plus fragiles ou les plus éloignés du 2nd recours ;
- la télémédecine pour améliorer l'accès aux soins prioritairement dans les territoires isolés ;

- la création de cabinets multi-sites pour assurer une accessibilité aux soins de 1er recours au plus près des patients ;
- l'organisation de la continuité des soins et la réponse aux demandes de soins non programmées (SNP) ;
- l'adhésion des professionnels de santé aux protocoles de coopération visant des transferts d'actes ou d'activités de soins en cas de pénurie de l'offre (Asalée, dépistage rétinopathie diabétique ...).

Action N°4 : faire des CPTS un levier d'amélioration des pratiques professionnelles et de qualité des soins par :

- le partage de bonnes pratiques et des formations professionnelles communes ;
- la mise en œuvre de protocoles pluriprofessionnels définissant, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques et des règles déontologiques, le rôle de chaque professionnel dans le suivi des patients ;
- un ancrage d'actions de santé publique (éducation à la santé, préventions primaire et secondaire et éducation thérapeutique) dans les soins primaires ;
- le recueil des événements indésirables et les retours d'expérience comme par exemple la méthode de la HAS du patient traceur.

Action N° 5 : soutenir l'élaboration de projets de santé de territoire, en développant les coopérations entre les acteurs du 1er recours et 2nd recours du sanitaire et du médico-social et en s'assurant d'une mise en cohérence les différentes démarches de projets territorialisés (GHT), contrats locaux de santé (CLS), conseils locaux de santé mentale (CLSM), projet territorial de santé mentale (PTSM).

Action N° 6 : élaborer, sur la base de projets territoriaux de santé, des contrats territoriaux de santé (CTS) avec les CPTS répondant aux besoins de santé populationnelle, au bénéfice des parcours de santé.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de CPTS en projet
- ✓ nombre de CPTS formalisée par un projet de santé validé par l'ARS
- ✓ nombre de CPTS ayant signés un CTS

Objectif opérationnel N°5 : structurer des fonctions d'appui à la coordination des parcours complexes via les PTA, en réponse aux besoins des professionnels.

La loi confère aux équipes de soins primaires un rôle pivot dans l'organisation et la coordination du parcours des patients, y compris dans sa partie médico-sociale.

Le plus souvent, ces professionnels sont en mesure d'assurer eux-mêmes cette fonction, en particulier lorsqu'ils exercent de façon coordonnée (notamment au sein de maisons de santé) et disposent d'outils adaptés (système d'information partagé).

Néanmoins, pour les patients en situation complexe, qui nécessitent l'intervention de nombreux intervenants issus des champs sanitaire, social et médico-social, le médecin traitant et ses partenaires peuvent avoir besoin d'un appui leur permettant de mieux évaluer la situation et de mobiliser l'ensemble des ressources nécessaires, afin de garantir le maintien au domicile du patient, d'anticiper les hospitalisations et d'organiser les sorties dans les meilleures conditions.

Ce besoin d'appui à la coordination est d'autant plus prégnant que l'espérance de vie s'allonge, que l'incidence et la prévalence des maladies chroniques augmentent et engendrent de nouvelles organisations dans la prise en charge des patients dont la prévention et l'accompagnement de la perte d'autonomie. Dans le même temps, le développement des soins en ambulatoire, qui fait écho au souhait des patients de continuer à vivre chez eux quel que soit leur âge, leur pathologie ou leur handicap, complexifie et intensifie le travail des professionnels exerçant en ville.

Pour répondre à ces nouveaux défis, le législateur prévoit la mise en place de « fonctions d'appui » aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux pour la coordination des parcours de santé complexes. Ces fonctions d'appui, qui s'adressent à tous les patients, sans critère d'âge, de pathologie ou de handicap, peuvent être organisées sous forme de plateformes territoriales d'appui (PTA).

Outre la prévention des hospitalisations évitables et des ruptures de parcours, l'enjeu des PTA est l'amélioration de l'articulation entre les dispositifs de coordination existants selon un principe de subsidiarité par un accès unique via un numéro dédié. En effet, de nombreux acteurs, réseaux de santé, méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) et centres locaux d'information et de coordination gérontologiques, (CLIC) assurent déjà des fonctions d'appui aux professionnels de santé. Mais leurs interventions, pilotées et financées par des institutions diverses, manquent souvent de cohérence et de lisibilité. Il s'agit donc d'aboutir à une organisation territoriale plus claire et plus intégrée, en passant d'une approche par structures (réseaux, MAIA, CLIC) à une approche en termes de missions partagées.

La polyvalence au sein d'une PTA n'est pas un prérequis, mais un objectif-cible. Elle peut être mise en place de façon progressive.

Action N° 1 : co-construire la définition d'une offre de service évolutive de la PTA répondant aux besoins des professionnels de santé en Corse en s'appuyant sur :

- des diagnostics territoriaux partagés ;
- une déclinaison opérationnelle des 3 missions de la PTA (information et orientation des professionnels de santé, appui à la coordination aux parcours complexes, appui aux pratiques professionnelles et aux organisations) ;
- la mise à disposition de services numériques.

Action N°2 : développer une culture commune des fonctions d'appui par une poursuite et une extension du programme de formation de l'EHESP initié auprès des réseaux de santé sur « la structuration des fonctions d'appui en région » en l'étendant à de nouveaux acteurs de la coordination et aux représentants professionnels du 1er recours.

Action N° 3 : identifier les leviers de convergence des différents dispositifs de coordination existants en vue d'une intégration au sein des PTA.

Action N°4 : capitaliser les retours d'expérience du projet PAERPA en évaluant notamment l'impact de l'organisation de fonctions d'appui assurées en proximité par les IDE sur les 4 territoires de vie pour soutenir les professionnels de santé.

Action N°5 : confier aux PTA un rôle d'animation territoriale de proximité afin de soutenir la mise en œuvre de projets territoriaux de santé et fournir un appui pour la coordination des parcours complexes et l'amélioration des pratiques.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de structures de coordinations existantes souhaitant intégrer une PTA ;
- ✓ nombre de demandes d'appui des ESP aux IDE de proximité dans le programme PAERPA ;
- ✓ nombre de PTA et composantes mises en place.

Objectif opérationnel N°6 : mettre en œuvre les services numériques au bénéfice de la coordination des professionnels de santé.

Le déploiement de l'e-santé constitue un levier clé d'amélioration de la performance du système de santé et de développement de la coordination des soins dans le cadre des approches parcours.

La définition du panier de e-services interopérables et sécurisés en région s'inscrit dans le cadre des travaux d'élaboration de la stratégie régionale des services numériques d'appui à la coordination en santé (SNACs).

Les SNACs visent à accéder aux ressources du système de santé, à orienter le patient, partager des informations, échanger et collaborer avec les autres intervenants autour du parcours de santé et tendront à concentrer l'ensemble des fonctionnalités.

L'enjeu sera ainsi d'accélérer le déploiement des offres de services et d'assurer un accompagnement à la diffusion des usages.

La réussite du déploiement passe par la qualité de :

- la concertation avec l'ensemble des acteurs professionnels et institutionnels ;

- la mise en place d'une gouvernance à travers le GRADeS ;
- la mise à disposition des outils socles (dossier médical partagé - DMP, messagerie de santé sécurisée - MSS), lettre de liaison, répertoire opérationnel des ressources (ROR), portail professionnel et portail patient) ;
- le développement d'outils spécifiques (coordination parcours, outils orientation, télémédecine).

Le plan pour renforcer l'accès territorial aux soins a retenu la mise en œuvre de la révolution numérique en santé comme un axe prioritaire pour lutter contre les déserts médicaux. La télémédecine s'ouvrant dès 2018 au droit commun abolit les distances. Comme le souligne le volet spécifique de la Corse dans la stratégie nationale de santé, la télémédecine, à travers les outils et les organisations qui en découlent, doit permettre de compenser l'inaccessibilité de certains services de soins.

Action N°1 : accompagner le déploiement de systèmes d'information partagés interopérables labellisés ASIP dans les ESP, MSP et CPTS.

Action N°2 : développer l'implantation et l'utilisation de la MSS, du DMP et de la fiche de liaison « ville-hôpital » (cf. titre IV).

Action N°3 : poursuivre le déploiement de la télémédecine comme outil de développement des différents niveaux d'exercice coordonné (téléconsultation, télé-expertise, télésurveillance). cf. Titre IV.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre d'ESP disposant d'un logiciel labellisé ASIP V2
- ✓ nombre de professionnels de santé ayant développé une MSS
- ✓ nombre de professionnels de santé ayant développé le DMP
- ✓ nombre d'ESP ayant intégré un dispositif de télémédecine

Objectif opérationnel N°7 : co-construire des projets innovants avec les équipes de soins primaires, en relation avec les institutions de recherche et de formation en santé.

Le système de santé connaît aujourd'hui une mutation importante dans laquelle l'organisation des services de santé ambulatoires est très largement affectée cf. Titre IV. Au-delà de la nécessité de mieux coordonner les professionnels de santé de ville que ce soit à travers la mutation de leur forme d'exercice, l'introduction de dispositifs d'appui à la coordination et de systèmes d'informations partagés, la transformation du système de santé amènera rapidement à questionner le rôle de chaque professionnel.

Concernant la prise en charge des pathologies cardiovasculaires par exemple, face à l'absence d'offre de services de réadaptation cardiaque sur les territoires ruraux, la composition d'équipes territoriales associant des équipes de soins primaires et des équipes hospitalières, pour une prise en charge collective des patients au plus près de leur domicile serait une solution à cette rupture de parcours. Cette transformation organisationnelle induira une recomposition des rôles des professionnels au bénéfice des patients notamment sur le champ des préventions primaire et secondaire des maladies cardiovasculaires.

Toutefois, cette redéfinition des rôles des équipes de soins primaires n'est pas uniforme sur l'ensemble du territoire.

En effet, les contraintes et les problématiques que rencontrent les professionnels de santé sont en partie liées aux spécificités des territoires sur lesquels ils travaillent : dans une zone rurale et éloignée des centres hospitaliers, les patients seront plus rapidement confrontés à un problème d'accessibilité à des soins toujours plus spécialisés.

Ainsi, en dehors des grandes orientations nationales de transformations du système de santé, les acteurs de terrain et notamment les professionnels de santé du premier recours pourraient utiliser l'innovation comme levier pour assurer la bonne prise en charge d'un patient à travers une meilleure coordination ville-hôpital.

L'innovation peut consister en une nouvelle répartition des tâches des professionnels autour d'un parcours de soins. Elle dépasse l'innovation thérapeutique et concerne aussi de nouveaux dispositifs de prise en charge émergeant dans un contexte spécifique et contraint d'un territoire. L'innovation est donc un levier pertinent pour répondre aux problématiques de prise en charge d'un territoire qui n'ont pas trouvé de réponse dans le cadre conventionnel commun.

La Stratégie Nationale de Santé reconnaît la spécificité de la Corse et propose notamment de compenser l'inaccessibilité aux soins par des moyens dédiés à l'innovation et l'expérimentation afin d'assurer une offre de santé graduée et adaptée. Les acteurs en santé ont la possibilité de proposer des projets innovants co-construits entre professionnels de ville et hospitaliers.

La conduite ou la participation à des projets innovants est aussi un moyen d'identifier de nouvelles compétences nécessaires à la bonne prise en charge d'un patient. Ces projets sont alors vecteurs d'une transformation des métiers et des organisations des professionnels de santé renforçant notamment le lien ville-hôpital.

Enfin, cette transformation ne peut se faire sans relation avec les institutions de recherche et de formation des professionnels (maisons de santé universitaires, universités, centres hospitaliers universitaires, écoles paramédicales, grandes écoles ...). Proposer de nouvelles modalités de prise en charge pour garantir une meilleure accessibilité, qualité ou sécurité des services de santé au sein des territoires donnerait une visibilité aux équipes de soins primaires porteuses de projet auprès des centres de recherche universitaires dans le champ de la santé. La reconnaissance par d'autres professionnels de santé et d'autres chercheurs serait bénéfique pour l'attractivité de ces territoires.

L'intégration d'internes de médecine ou d'étudiants paramédicaux à des projets innovants dans le cadre de leur formation en serait facilitée et rendrait attractifs des territoires isolés.

Action N°1 : identifier les opportunités de projets innovants à partir des besoins recensés et partagés par les acteurs de terrain dans le cadre de diagnostics territoriaux.

Action N°2 : accompagner des projets candidats à des programmes de recherche nationaux tels que le programme de recherche sur la performance du système de soins (PREPS), le programme de recherche médico-économique (PRME), le programme de recherche soins infirmiers et paramédicaux (PRIP), ainsi que dans le cadre de l'article 51 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2018 (LFSS).

Une importance particulière sera accordée aux projets :

- structurant le lien ville-hôpital à travers de nouveaux modes d'organisation ;
- favorisant le changement de pratiques des professionnels de santé libéraux vers des coopérations plus approfondies avec les autres acteurs en santé ;
- sensibilisant davantage les professionnels de santé de premier recours au sujet de la prévention.

Action N°3 : proposer des thématiques de recherche aux partenaires universitaires pour alimenter le stock de connaissances nécessaires à la réalisation de projets innovants portés par des professionnels de santé libéraux

Les Maisons de santé Universitaires (MSU) seraient notamment des partenaires privilégiés en tant que centres de référence sur la recherche en soins primaires. Leur émergence sera dans ce cadre une priorité régionale.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de projets proposés par les professionnels de santé à la suite de la présentation du diagnostic territorial.
- ✓ nombre de projets présentés dans le cadre d'un programme de recherche ou de l'article 51 de la LFSS 2018.
- ✓ nombre de projets retenus dans ce même cadre et menés à terme.
- ✓ nombre de projets où un partenaire universitaire est associé / nombre de projets total

Objectif opérationnel N°8 : définir les modalités de gouvernance pour porter la structuration territoriale du 1^{er} recours et le développement des coopérations ville-hôpital-médico-social.

La mise en œuvre de la politique régionale de santé est aujourd'hui confrontée aux problématiques de l'aménagement du territoire. Dès lors, des axes de coopération sont à rechercher et à consolider entre l'ensemble des acteurs institutionnels qui y concourent. C'est dans cette optique que l'IRP a été créée fin 2012 avec les services de la Préfecture, de l'ARS et de la Collectivité de Corse. Son rôle est de piloter les programmes stratégiques portant sur l'organisation et l'accès aux soins de premiers recours en cohérence avec le Projet Régional de Santé, les politiques d'aménagement du territoire, de transport, de la santé et du social. Cette instance est coprésidée par le directeur général de l'ARS, le Préfet de Corse et le Président du Conseil Exécutif de Corse.

Quatre objectifs opérationnels prioritaires lui sont assignés :

- développer l'exercice coordonné par la création de MSP ;
- impulser et accompagner des projets territoriaux de santé, associant les élus, les professionnels de santé et les usagers, contribuant aux politiques d'aménagement du territoire, et ce afin d'apporter une réponse coordonnée des politiques publiques (emploi, logement, transports, vie sociale) ;
- favoriser les stages d'internat en médecine générale dans les territoires en difficulté ;
- accompagner le développement de la télémédecine et des systèmes d'informations partagés.

Une cellule technique de pilotage qui comprend des représentants des trois instances (ARS, CdC, Préfecture) a été instaurée. Sur la période couverte par le PRS1, elle s'est essentiellement attachée à proposer aux porteurs de projet de MSP un guichet unique d'instruction. Sa mission a consisté à instruire les demandes déposées selon la phase de maturation du projet (ex : étude de faisabilité, projet d'investissement).

Action N°1 : conforter le rôle de l'IRP.

Aujourd'hui les contextes national et régional impliquent une évolution de l'IRP sur le champ de ses missions et compétences. La reconnaissance de nouvelles formes d'exercice coordonné (ESP, CPTS), la nécessité de développer des fonctions d'appui pour les professionnels de santé (PTA), le déploiement de programmes de télémédecine, la possibilité de développer au niveau des territoires des projets innovants ou bien encore la nécessité de renforcer le lien ville-hôpital dans la structuration des parcours, sont autant d'axes que l'IRP devra investir pour une politique de santé globale et au service des territoires.

Action N°2 : réaliser des diagnostics territoriaux de santé partagés dans le cadre de l'élaboration d'un Contrat Territorial de Santé.

Action N°3 : Accompagner l'élaboration des projets territoriaux de santé.

Action N°4 : intégrer les projets territoriaux de santé à la politique d'aménagement des territoires.
Ces trois actions seront développées dans le chapitre 4 du titre I portant sur l'animation territoriale.

Action N°5 : définir un cadre commun d'accompagnement financier et rechercher des pistes d'efficience (cahier des charges, guide des aides, fonds d'aides mobilisables).

L'instruction des projets territoriaux de santé coordonnés et partagés devra s'effectuer dans le cadre de l'IRP. Selon la nature du projet (ESP, MSP, CPTS, PTA, expérimentation innovante), une politique commune d'accompagnement financier devra être définie au regard des différentes évolutions, institutionnelles ou réglementaires. Une capitalisation autour de la méthode d'instruction des projets de MSP devra être réalisée pour la transposer aux nouveaux projets qui pourraient être portés.

Compte tenu de la multiplicité des projets qui pourraient émerger, il devient indispensable de définir ensemble un cadre commun d'accompagnement financier. Les différentes parties prenantes s'engageront alors dans :

- la mise à jour des outils de cadrage des politiques de santé de proximité (ex : cahier des charges ou guides des ESP, MSP, CPTS ...) ;
- le recours aux diagnostics territoriaux ;
- la prise en compte des guides des aides financières (ex : règlement des aides du schéma montagne).

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de diagnostics territoriaux réalisés et instruits par l'IRP
- ✓ nombre de projets territoriaux validés par l'IRP

Chapitre 3 - La promotion d'une démocratie sanitaire éclairée et active

La démocratie en santé vise à associer l'ensemble des acteurs de santé pour élaborer et mettre en œuvre la politique de santé, dans un esprit de dialogue afin de développer la concertation et le débat public, d'améliorer la participation des acteurs de santé et de promouvoir les droits individuels et collectifs des usagers.

La démocratie en santé s'appuie sur quatre principes d'actions :

- la promotion des droits des usagers en développant l'information et la formation
- l'organisation de consultations et débats publics
- l'animation territoriale
- l'effectivité du respect des droits des usagers

❖ La promotion des droits des usagers en développant l'information et de la formation

Les rapports entre les usagers et les professionnels de santé doivent s'établir dans une relation partenariale fondée sur le statut des représentants des usagers, sur de l'information et des actions de formation.

Les représentants des usagers (RU) sont des personnes physiques, des membres d'associations agréées en santé, d'associations de personnes malades âgées, retraitées, en situation d'handicap, de consommateurs et d'associations familiales.

Le RU peut notamment siéger dans un établissement de santé au sein de la commission des usagers (CDU), du comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), du conseil de surveillance des hôpitaux (CS), dans les conseils d'administration des CPAM, au sein de la commission régionale de santé et de l'autonomie (CRSA), de la commission de conciliation et d'indemnisation (CCI) et au sein des conseils de vie sociale (CVS) des établissements et services médico-sociaux (ESMS).

Une charte du parcours de santé a été élaborée par la conférence nationale de santé, soumise à une large concertation et adoptée le 6 juillet 2016. Elle est destinée aux usagers et aux professionnels de santé et énonce les principes et objectifs pouvant s'appliquer à l'ensemble des étapes des parcours de santé. Elle doit pouvoir être affichée et distribuée dans les espaces où se rencontrent les usagers et les professionnels de santé.

Le livret d'accueil est remis à la personne prise en charge ou à son représentant légal lors de l'accueil et comporte les documents comme la charte des droits et libertés des personnes accueillies et le règlement de fonctionnement. Tous les ESMS disposent d'un livret d'accueil.

Les fiches de signalements des événements indésirables (FEI) mises à la disposition des usagers et du personnel de l'établissement, permettent la transmission de tout événement indésirable par l'utilisateur à l'établissement.

Le dossier médical partagé (DMP) est un droit collectif de l'utilisateur. Le décret du 4 juillet 2016 fixe les conditions et les modalités de création et de mise en œuvre du DMP pour les bénéficiaires de l'assurance maladie. Il est un des outils de la démarche partenariale entre les usagers et les professionnels de santé

Scope santé, site de la Haute Autorité de Santé, est accessible à tout public et permet de connaître les services hospitaliers et consulter leur niveau de certification.

L'indicateur national de la satisfaction des patients hospitalisés «I-SATIS» est le premier indicateur de résultat généralisé permettant de mesurer la satisfaction des patients hospitalisés sur différentes composantes de leur prise en charge. Cet indicateur a pour objectif de rendre le patient co-acteur de sa prise en charge en lui donnant la parole sur son ressenti, permettant ainsi aux établissements de santé de mettre en œuvre des actions d'amélioration au plus près de ses attentes.

L'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) met à la disposition des établissements de santé, le logiciel obligatoire «i-satisfaction» pour la sélection des patients appropriés dans l'établissement, ainsi qu'une plateforme dédiée pour la récupération des fichiers de réponses aux questionnaires, l'analyse et le traitement des données. Cette plateforme permet à chaque établissement de santé de disposer de ses résultats par question et par score. Il est à noter que très peu d'établissements utilisent cet outil.

Le respect des droits des usagers est de plus en plus intégré dans les parcours de formation aussi bien des RU que des professionnels de santé, mais reste, aujourd'hui encore, insuffisant. La nécessité d'une approche globale et renforcée s'impose au sein des structures de formation des professionnels de santé.

En application des dispositions de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, les représentants des usagers bénéficient d'une formation de base, généraliste et obligatoire, qui porte sur la mission des usagers, les droits des usagers et l'organisation du système de santé.

Pour s'adapter à chacun des formations à distance sont proposées sur la plateforme « e-learning » de l'union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé (UNAASS).

Divers dispositifs permettent d'accompagner des projets ciblés sur l'usager :

- le «label concours » a été initié dans le cadre du dispositif « 2011 année des patients et de leurs droits » afin de valoriser les expériences exemplaires et les projets innovants menés en région, en matière de promotion des droits des patients ;
- la Fondation des Usagers du Système de Santé, créée en 2014, soutient des projets d'associations d'usagers et d'établissements de santé ou de structures de soins œuvrant pour favoriser l'émergence des transformations de la société vers plus de démocratie sanitaire ;
- l'expérimentation d'actions d'accompagnement à l'autonomie en santé dans un cadre global sanitaire, social et administratif des personnes atteintes d'une maladie chronique, à risque d'une telle maladie ou en situation d'handicap.

❖ L'organisation de consultations et débats publics

Le directeur général de l'ARS consulte les instances de démocratie en santé et différents partenaires, pour recueillir leur avis notamment, sur le découpage territorial suite aux nouveaux territoires en santé - les zones du schéma régional de la santé.

Par ailleurs, dans les années 90 des « états généraux de la santé » ont été organisés afin d'associer l'ensemble des personnes résidant en France aux évolutions du système de santé, au travers des débats publics menés aux échelons national et régional.

Le débat public organisé par la CRSA s'inscrit dans cette démarche. Depuis la création de l'ARS de Corse, trois débats publics se sont tenus sur les thèmes suivants :

- la bientraitance,
- le vivre en bonne santé en Corse,
- la santé et l'insularité.

❖ L'animation territoriale

La démocratie en santé s'appuie aussi sur l'animation territoriale à travers :

- la mise en place d'instances :
 - la conférence régionale de santé et d'autonomie (CRSA) et ses commissions spécialisées
 - deux conseils territoriaux de santé(CTS) de Corse :
 - le CTS du Cismonte regroupant les territoires du Nord et Centre-Est, soit 236 communes et 170 830 habitants,
 - le CTS du Pumonte regroupant les territoires de l'Ouest et du Sud, soit de 124 communes et 145 460 habitants.
- des outils de contractualisation : contrats locaux de santé, conseils locaux de santé mentale (Cf. titre I - chapitre 4 : la mise en œuvre d'une animation territoriale en santé).
- les parcours de santé (Cf. titre III).

Objectif stratégique N° 2 du COS : faire de l'utilisateur un acteur éclairé et actif du système de santé.

Promouvoir les droits des usagers, l'information et la formation, organiser des débats publics et des consultations, promouvoir une animation territoriale au bénéfice des usagers, veiller au respect de l'effectivité des droits des usagers.

Objectif opérationnel N°1 : conforter l'union régionale des associations agréées d'utilisateurs du système de santé (URAASS) de Corse et les instances de démocratie en santé dans leur rôle.

Action N°1 : consolider le partenariat avec l'ARS

Action N°2 : organiser des échanges périodiques sur le suivi des travaux des instances

Action N°3 : renforcer les échanges en termes de veille documentaire et juridique

Action N°4 : assurer un relais de communication sur le site de l'agence

Action N°5 : valoriser les associations d'utilisateurs

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de réunions de la commission permanente de la CRSA et des bureaux des CTS chaque année,
- ✓ création d'un événement de valorisation des associations d'utilisateurs

Objectif opérationnel N°2 : développer l'information auprès des représentants des usagers, des usagers, et des citoyens.

❖ **L'effectivité du respect des droits des usagers**

En Corse les RU sont aujourd'hui moins d'une centaine siégeant dans les différentes instances et commissions. Ce nombre reste insuffisant si on prend la représentativité effective.

Il y a 24 commissions des usagers (CDU) dans les établissements sanitaires avec un taux de présence de 73% (sur 96 sièges).

Les profils des RU en Corse correspondent à ceux du national avec plus de femmes (54%) que d'hommes (46%). Ils exercent en moyenne plusieurs mandats (en moyenne 3) et sont 75% à avoir une ancienneté de plus de 3 ans. Ils sont issus de tous types d'associations (patients, consommateurs, familles, dispositifs d'accompagnement).

Des RU siègent également dans les Commissions Départementales des Soins Psychiatriques (CDSP), au sein des conseils d'administration des CPAM, dans les commissions de l'activité libérale au sein des centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia, dans les conseils de surveillance des établissements de santé publics.

L'expression de l'utilisateur va dans le sens de garantir la qualité de l'offre de santé et elle se réalise institutionnellement à travers la CRSA, individuellement à travers les réclamations et plaintes et au sein des établissements.

La commission spécialisée du droit des usagers de la CRSA s'attache à évaluer la façon dont les droits des usagers sont respectés et formule des propositions d'actions afin d'améliorer la connaissance et le respect de ces droits. Le rapport sur le respect des droits des usagers de la CRSA sur les 3 dernières années met en avant 15 objectifs :

- former les professionnels de santé sur le respect des droits des usagers ;
- rendre effectif le processus d'évaluation sur le respect des droits des usagers ;
- promouvoir la bientraitance ;
- prendre en charge la douleur ;
- encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie ;
- permettre l'accès au dossier médical partagé ;
- assurer la scolarisation des enfants en situation d'handicap ;
- assurer la confidentialité des données médicales et l'accès au dossier médical des personnes détenues
- veiller au bon fonctionnement des différentes commissions en santé mentale ;
- assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux ;
- assurer l'accès aux structures de prévention ;
- assurer financièrement l'accès aux soins ;
- réduire les inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale ;
- garantir la participation des RU et autres acteurs dans les CRSA et les CTS
- former les RU

Les plaintes et les réclamations constituent toutes les formulations d'insatisfaction, les remarques, suggestions ou avis émis de façon spontanée, ou non, et ce quel qu'en soit le mode d'expression (écrit/oral) et le mode de recueil. Dans certains établissements de santé, il incombe au(x) professionnel(s) concerné(s) d'établir un rapport circonstancié transmis par la suite au service en charge du droit des patients ou à la direction de l'établissement.

L'utilisateur reçoit systématiquement et dans les meilleurs délais, un courrier de la direction l'informant de la suite donnée à son expression ou à défaut, les démarches qu'elle a entrepris pour lui.

La commission des usagers dans les établissements sanitaires examine parmi les plaintes et réclamations, celles qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel et veille à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose.

Indépendamment de ces démarches, l'utilisateur peut saisir les instances ordinales, l'ARS et décider de la saisine du procureur de la République.

L'ARS de Corse a traité en 2016 :

- pour les établissements et services médico-sociaux, 12 réclamations/plaintes écrites,
- pour les établissements de santé, 60 réclamations/plaintes écrites.

La commission de conciliation des indemnisations (CCI) est chargée de faciliter le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes et aux infections nosocomiales, ainsi que des autres litiges entre usagers et professionnels de santé, établissements de santé et/ou services de santé.

La CCI peut être saisie par toute personne s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins, ou, le cas échéant, par son représentant légal.

En 2016, 19 dossiers reçus au titre de l'indemnisation d'un accident médical 29 experts ont été missionnés dans 15 domaines de compétences médicales

Les personnes qualifiées sont les référents et recours, intervenant sur demande de l'utilisateur en cas de conflit, d'impossibilité de défendre ses droits et intérêts. Dans chaque département une liste est arrêtée par décision conjointe du Préfet, du directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) et du président du Conseil Départemental.

La démarche qualité des établissements sanitaires et des établissements et services médico-sociaux (ESMS) se décline :

- **à travers le projet d'établissement des établissements sanitaires et des ESMS et le règlement de fonctionnement**

Ces documents transcrivent les mesures par l'offreur de santé qui garantissent le respect des droits des usagers et sont établis après consultation des RU.

En 2015, 96.5 % des ESMS possèdent un projet d'établissement et 45 % des établissements associent les usagers membres du CVS ou non à la rédaction du projet par le biais de questionnaire et autres formes de participation.

En 2015, 96.5 % des ESMS possèdent un règlement de fonctionnement et 85 % des établissements remettent systématiquement le règlement à la personne accueillie lors de son admission.

- **à travers le contrat de séjour, le document individuel de prise en charge (DIPC) et le contrat d'aide et de soutien par le travail**

Le DIPC ou le contrat de séjour est le contrat qui formalise l'accompagnement ou la prestation mise en place entre un usager et la structure d'accueil.

- **à travers la procédure de certification**

L'HAS pilote la procédure de certification qui suit l'évolution des objectifs de qualité et de sécurité à atteindre fixés pour chaque établissement.

La démarche associe les membres de la commission de certification des établissements de santé, comprenant des professionnels de santé et des représentants des usagers.

Le rapport de certification est rendu public sur le site de la HAS et les conclusions doivent être affichées et diffusées par l'établissement.

- **à travers les procédures d'évaluation interne et d'évaluation externe des ESMS.**

L'évaluation interne est menée par l'établissement et repose sur la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité.

L'évaluation externe est réalisée par un organisme extérieur habilité par l'ANESM (agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services médico-sociaux).

Les deux types d'évaluations sont complémentaires et portent sur les mêmes champs.

L'évaluation interne constitue une démarche participative de l'ensemble de la structure et porte sur les effets produits par les activités (ressources humaines, système d'information...), leur adéquation aux besoins et attentes des personnes accueillies. Les établissements médico-sociaux ont le libre choix des outils pour conduire leur évaluation interne.

Le cadre évaluatif précisé par l'ANESM porte au minimum sur 4 quatre domaines prioritaires :

- la promotion de la qualité de vie, de l'autonomie, de la santé et de la participation sociale;
- la personnalisation de l'accompagnement;
- la garantie des droits et la participation des usagers;
- la protection et la prévention des risques inhérents à la situation de vulnérabilité des usagers.

Les résultats de l'évaluation interne doivent comporter un plan d'actions avec des priorités, en précisant les effets attendus sur les usagers et doivent être transmis à l'autorité ayant délivré l'autorisation selon les délais prévus par le code d'action sociale et des familles.

Action N°1 : mettre en place des campagnes d'information en direction des usagers, des RU, et des professionnels de santé.

- En s'appuyant sur les journées nationales thématiques
- En ciblant des catégories d'établissement ou de professionnels de santé

Action N°2 : créer des supports de communication sur le rôle et les missions des RU en Corse.

- En investissant les nouvelles technologies d'information et de communication et la e-santé

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de séminaires d'informations organisés chaque année
- ✓ nombre d'évènements de communication chaque année
- ✓ nombre de créations de supports personnalisés réalisés chaque année

Objectif opérationnel N°3 : dynamiser l'action des représentants des usagers.

Action N°1 : accompagner l'implication des RU dans la démarche « qualité »

Action N°2 : faciliter le rôle des associations d'usagers ambassadeurs de l'offre de santé

Action N°3 : mettre à disposition des RU les moyens nécessaires à l'exercice de leurs missions.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de RU siégeant dans les instances et participant aux réunions organisées par les établissements, chaque année
- ✓ création de nouvelles associations d'usagers
- ✓ ressources logistiques mises à disposition des RU par les établissements (ordinateur, local, accès à internet...), chaque année.

Objectif opérationnel N°4 : accroître l'effort de formation des RU et les professionnels de santé en matière de démocratie en santé.

Action N°1 : promouvoir les formations auprès des RU et des professionnels de santé,

Action N°2 : faciliter la formation de base des RU, faciliter l'appropriation des professionnels et usagers aux démarches participatives en proximité,

Action N°3 : développer l'accès à l'e-learning, favoriser le développement continu en matière de bien-être.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de personnes formées/ nombre de RU issues d'associations agréées chaque année
- ✓ nombre et thèmes des formations réalisées chaque année
- ✓ nombre de projets mis en œuvre dans les établissements de santé

Objectif opérationnel N°5 : accompagner la FOEU (formation spécifique « expression des usagers») de chaque CTS pour accroître leur capacité d'animation.

Action N°1 : promouvoir les échanges entre les FOEU, les CDU, les CVS sur la qualité des prises en charge,

Action N°2 : organiser des réunions semestrielles de la FOEU pour la valorisation des actions engagées par les RU en établissement de santé,

Action N°3 : faciliter l'identification des freins et des leviers au respect des droits des usagers au niveau infra régional.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre d'échanges entre les FOEU et les membres des CVS,
- ✓ nombre de propositions d'amélioration et de veille,

Objectif opérationnel N°6 : favoriser l'implication des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux(ESMS) dans le champ de la démocratie en santé.

Action N°1 : organiser des temps d'échanges avec les établissements,

Action N°2 : amplifier la communication « soignant/soigné » sur la thématique « qualité »,

Action N°3 : faire connaître les bonnes pratiques mises en œuvre.

Indicateurs de suivi :

- ✓ au moins 2 rencontres par an avec les établissements
- ✓ nombre d'évènements de communication engagés
- ✓ identification des actions réalisées dans l'évaluation externe des ESMS
- ✓ nombre et thématique des retours d'expérience (RETEX) pour les établissements de santé et ESMS

Objectif opérationnel N°7 : mieux exploiter la concertation civile en tant qu'outil de la démocratie en santé au cœur des territoires.

Action N°1 : mettre à disposition les outils et les méthodes de concertation auprès des professionnels et usagers,
Action N°2 : faciliter la réalisation d'évènements de communication portés par des usagers.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de consultations ou sondages sur un ou plusieurs territoires
- ✓ nombre de participants aux manifestations

Objectif opérationnel N°8 : promouvoir l'usage de la « e-santé ».

Action N°1 : accroître les habilités des patients, des aidants et des professionnels pour l'usage des outils numériques,
Action N°2 : faciliter le recours aux innovations.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de projets expérimentaux
- ✓ nombre de nouveaux outils exploités
- ✓ nombre de formations développées

Chapitre 4 – La mise en œuvre d’une animation territoriale en santé

La Loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 prévoit le renforcement de l’animation territoriale conduite par les agences régionales de santé (projet régional de santé/ territoires/contrats territoriaux de santé).

Dans ce cadre, il est pertinent de mettre un focus, non seulement sur la manière dont il faut mobiliser les acteurs régionaux et locaux, à partir des incitations nationales, mais aussi sur la façon dont les difficultés et spécificités locales sont prises en compte pour faire exister les politiques de santé publique au niveau opérationnel.

La méthode de mise en œuvre des politiques de santé publique, au niveau régional et territorial, est d’autant plus importante que, dans le cadre de l’évolution institutionnelle vers une Collectivité de Corse (CdC), elle renvoie à des enjeux multiples : une plus grande efficacité (notamment par le biais de la participation des habitants et par la prise en compte des questions de proximité), une amélioration de l’efficacité du système et la possibilité d’améliorer les démarches d’évaluation de l’action (en définissant des priorités d’action et des objectifs à atteindre).

Ainsi, les principes d’action de la Stratégie nationale de santé 2018-2022 renvoient notamment à la nécessité d’une organisation de l’offre de santé autour d’une médecine de parcours dont « l’objectif est d’atteindre par une pratique plus coopérative entre professionnels et une participation plus active des personnes soignées, à une qualité d’ensemble, et dans la durée, de la prise en charge » (Rapport HCAAM -2012).

La Stratégie Nationale de Santé notamment, a prévu des dispositions spécifiques à la Corse, qui sont :

- La préservation de l’offre de 1^{er} recours en milieu rural
- La prise en compte des chronos distances dans la définition du maillage pertinent de l’offre de proximité
- L’autorisation des expérimentations dans les territoires notamment ruraux
- La prise en compte des fluctuations saisonnières

Cette spécificité s’est également traduite par la reconnaissance des caractéristiques d’île montagne dans le cadre de l’article 5 de la loi du 28 décembre 2016, de modernisation de développement et de protection des territoires de montagne.

Afin de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, l’animation territoriale (AT) a pour but d’améliorer les parcours de santé au niveau de chaque territoire :

- en développant les conditions environnementales et sociales favorables à l’état de santé des populations,
- en facilitant l’accès effectif de tous, et notamment des plus démunis, à la santé,

L’ARS a pour rôle de structurer et animer la gouvernance territoriale, dans un objectif d’organisation et de coordination des politiques de santé ;

La dynamique qui doit être impulsée se doit d’être :

- territorialisée et transversale à partir d’une entrée territoriale, un territoire de vie, l’animation territoriale intègre les expertises thématiques et les approches populationnelles en améliorant les parcours, approche favorisant la mise en cohérence des plans d’actions et moyens (PTSM, PTS, CLS, CLSM, contrats de ruralité).
- collaborative et partenariale, avec d’une part, la prise en compte d’une approche intersectorielle de la santé prévention – sanitaire – médico-social et, d’autre part, une implication croissante de la société civile (professionnels, associations, élus et usagers) et des autres institutionnels.

Constat après le PRS1 : points forts points faibles

Contrat local de santé/CLSM

Durant la période du PRS 1, 10 CLS, 3 CLSM à Ajaccio et Bastia et Porto-Vecchio (dont 2 CLS pour les ex communautés de communes d'Ile Rousse et de « cinq pieve ») ont été signés.

La démarche partenariale et les contrats signés se caractérisent ainsi par :

- la mise en place d'une méthode régionale d'élaboration du contrat Local et de suivi des actions opérationnelles
- un réel apport de cette approche dans la co-construction des priorités de santé d'un territoire et d'une meilleure connaissance des acteurs entre eux
- un périmètre territorial : 2 communautés de commune : Ile Rousse et Cinq piève di Balagna (aujourd'hui fusionnées) et 9 communes : Calvi, Bastia, Ghisonaccia, Porto Vecchio, Sartène, Ajaccio, Bonifacio, Cargèse et Piana
- une gouvernance reposant sur des instances de concertation interne - COPIL des CLS- ou réglementaire - deux commissions de coordination des politiques publiques – qui n'ont pu développer une action concertée. Plus récemment, les 2 conseils territoriaux de santé mis en place sont les lieux d'expression et de participation des différents acteurs impliqués dans la santé sur les territoires de démocratie sanitaire (TDS)
- des actions retenues privilégiant certaines approches populationnelles (personnes âgées, jeunes) et des interventions relatives aux déterminants de santé (alcools, tabac et conduite à risque)

Une démarche qui se solde également par des constats plus critiques :

- une gouvernance « éparpillée » entre plusieurs instances, sans réelle coordination et partage des informations et procédures ;
- une difficulté parfois à trouver des personnes ressources, « garantes » de la réussite des actions ;
- un financement quasi exclusivement assuré par le fond d'intervention régional (FIR) de la santé au montant limité (certaines actions devenant récurrentes pour répondre à un besoin avéré) ;
- une couverture territoriale partielle (avec des CLS non ou peu actifs).
- une difficulté d'ancrer les CLS dans un contexte d'interventions multiples sur le terrain, par des acteurs institutionnels différents et complémentaires (information des partenaires, mise en cohérence avec les actions de la CdC et de l'Etat et dynamique d'implication des usagers et des URPS) ;

L'Instance Régionale de Pilotage

Dans le cadre de l'organisation de l'accès aux soins du premier recours, une instance régionale de pilotage associant l'ARS, l'Etat et la CdC a été mise en place, afin de développer l'exercice coordonné par la création de maisons et pôles de santé pluri professionnels, d'impulser et accompagner des projets territoriaux de santé, favoriser les stages d'internat en médecine générale dans les territoires en difficulté, accompagner le développement de la télémédecine et des systèmes d'informations partagés. (cf. Titre I. chapitre 2).

Le bilan de cette dynamique partenariale, bien que positif, nécessite néanmoins de potentialiser ces acquis dans une démarche plus transversale.

Cela passe par la mise en œuvre de projets territoriaux de santé efficaces sur la base d'un renforcement des coopérations avec les partenaires institutionnels - CdC et préfecture (contrat de ruralité/ FNADT/ CPER/FEADER..) et Assurance Maladie (zonage pour les ML, développement de la fibre, renforcement des moyens de fonctionnement).

L'Expérimentation PAERPA : population cible : les personnes âgées de + de 75 ans en risque de perte d'autonomie sur le territoire de Haute Corse (cf. parcours bien vieillir)

Le parcours santé des aînées, (PAERPA : Personnes âgées en risque de perte d'autonomie) a été officiellement lancé en Haute- Corse à titre expérimental en 2016, à l'initiative de l'ARS, en lien étroit avec l'ex-conseil départemental de la Haute- Corse, les unions régionales des professionnels de santé, la caisse primaire d'assurance maladie, la Carsat, le centre hospitalier de Bastia et le réseau RIVAGE (réseau interprofessionnel voué à la personne âgée).

Cette démarche territorialisée mobilise tous les acteurs de proximité, qui interviennent dans le parcours de santé de la population cible des personnes âgées, autour de deux marqueurs essentiels :

- améliorer la qualité de vie des personnes âgées et des aidants ;
- adapter les pratiques professionnelles des professionnels intervenant pour une coordination des actions au service d'une réponse adaptée aux besoins identifiés des personnes âgées.

Les axes de la territorialisation

La déclinaison territoriale des politiques publiques s'articule autour de quatre préalables : la définition de l'animation territoriale, les territoires de référence retenus, la mise en évidence des enjeux et la méthodologie.

Essai de définition de l'animation territoriale

La stratégie nationale de santé (SNS) précise que les ARS en lien avec les professionnels, les établissements, les collectivités territoriales et les instances de démocratie sanitaire « ont la responsabilité d'encourager les initiatives locales de coopération, d'accompagner la création d'organisations innovantes et d'offrir aux patients un parcours fluide, optimisant la qualité de prise en charge à chaque étape ».

L'animation territoriale est une dynamique à la fois de mobilisation et d'accompagnement des « forces vives » locales, sur un périmètre géographique pertinent, permettant de croiser les besoins de santé de la population locale et la recherche d'une organisation efficiente des acteurs de santé.

La démarche de co-construction doit s'adapter au terrain selon une méthode ascendante dite « Bottom Up », avec l'émergence de porteurs de projets et la mise en œuvre de projets spécifiques et adaptés aux besoins des acteurs et usagers. Ce travail partagé doit prendre en compte la faisabilité des actions au niveau règlementaire et financier, dans un souci de pragmatisme et d'efficacité.

Les territoires d'action :

- **les territoires de référence relatifs à la répartition des activités de soins, des équipements matériels lourds et à la biologie médicale**

En référence aux articles Art. R. 1434-30 et R. 1434-31 du code de la santé publique (CSP), le directeur général de l'agence régionale de santé arrête d'une part, les zones du schéma régional de santé donnant lieu à la répartition des activités de soins et des équipements matériels lourds (EML) et, d'autre part, les zones du schéma régional de santé définies pour l'application aux laboratoires de biologie médicale des règles de territorialité.

Pour ce faire, il prend en compte pour chaque activité de soins et EML les besoins de la population, l'offre existante et ses adaptations nécessaires ainsi que les évolutions techniques et scientifiques, la démographie des professionnels de santé et leur répartition, la cohérence entre les différentes activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation, enfin les coopérations entre acteurs de santé.

Les zones du schéma régional de santé, définies pour l'application aux laboratoires de biologie médicale Art. R. 1434-31 prennent en compte pour leur part l'accessibilité géographique des patients aux sites des laboratoires de biologie médicale en vue des prélèvements biologiques, la communication des résultats des analyses dans des délais

compatibles avec l'urgence ou les besoins et l'absence de risque d'atteinte à la continuité de l'offre de biologie médicale mentionnée à l'article L. 6222-3 du CSP.

Par arrêté du 22 octobre 2016, l'agence régionale de santé a défini la Corse comme territoire de référence, tant pour la répartition des activités de soins et des EML que pour la répartition des activités de biologie médicale.

- **les territoires de démocratie sanitaire (TDS)**

La loi de modernisation du système de santé a prévu, au sein de chaque région, la mise en place de territoires de démocratie sanitaire. Ces territoires infra régionaux ont deux objets :

- mettre en cohérence les projets ARS et ceux des acteurs de santé et des collectivités territoriales
- prendre en compte l'expression des acteurs et notamment celle des usagers

Ils doivent permettre le décroisement des politiques publiques, l'animation des acteurs et favoriser l'appropriation des politiques publiques par tous.

Au niveau de la Corse, deux TDS ont été définis par arrêté du 28 octobre 2016 : le CISMONTE regroupant le nord et le centre est de l'île et le PUMONTE regroupant le sud et l'ouest.

Dans chacun des TDS, un conseil territorial de santé a été installé, ayant pour mission de :

- veiller à conserver la spécificité des dispositifs et des démarches locales de santé,
- participer à la réalisation du diagnostic territorial partagé,
- contribuer à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du Projet Régional de Santé (PRS),
- contribuer au suivi des plateformes territoriales d'appui, contrats locaux de santé,
- donner un avis sur le projet territorial de santé mentale

- **Les territoires de projet de la CdC**

Dans le cadre notamment de ses compétences relatives à l'aménagement du territoire, la collectivité de Corse a souhaité définir des unités territoriales infra régionales d'action en s'appuyant sur les travaux de l'INSEE autour des bassins de vie unifiés.

Cette démarche a conduit à l'identification de neuf territoires de projet support des interventions de cette collectivité, notamment dans le cadre du PADDUC.

- pays bastiais
- pays de Balagne
- centre Corse
- Castagniccia-Mare e Monti
- plaine orientale
- ouest Corse
- pays ajaccien
- Taravo/Valinco/Sartenais
- extrême sud/Alta-Rocca

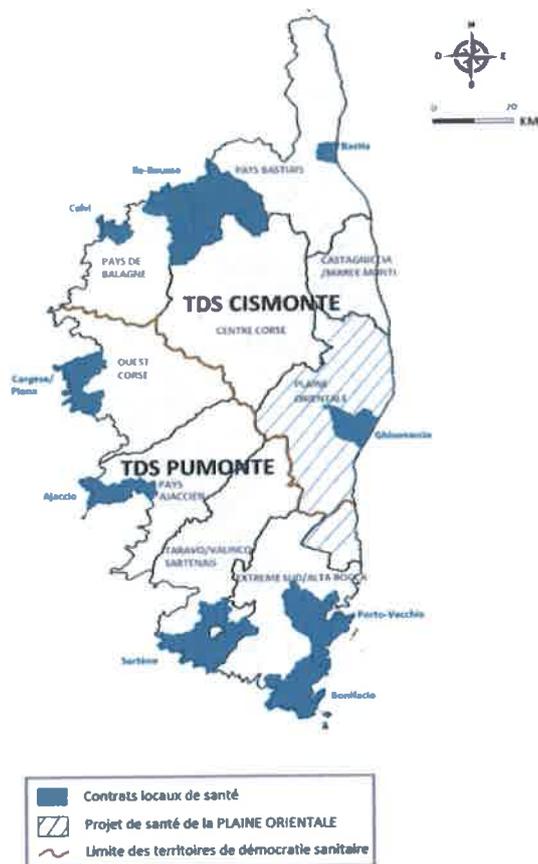
Au sein des deux TDS, une territorialisation plus fine de la mise en œuvre du PRS 2 pourra prendre appui sur le découpage de ces territoires de projets pour mettre en cohérence et favoriser la complémentarité des actions de l'ARS et celle de la collectivité de Corse

Au sein des 9 territoires, une attention particulière sera portée à la notion de « territoire vécu ».

L'impact de la ruralité sur l'organisation de la réponse aux besoins s'entend à la fois sur le maillage des services mais également sur les prises en compte des questions d'égalité d'accès aux soins et aux droits dans une réalité insulaire fortement marquée par les problèmes de mobilité-transports et de précarisation des populations.

Par ailleurs les actions territoriales de l'ARS rechercheront également la cohérence avec les actions des intercommunalités.

Démarches territoriales de santé



Mai 2018

Les enjeux

Cinq enjeux principaux ont pu être recensés :

Deux enjeux organisationnels

La coordination des acteurs de santé. Il s'agit de réunir les volontés, les qualifications et complémentarités autour de projets territoriaux de santé qui favorisent :

- la réalisation des objectifs et plans d'actions, et leurs évaluations dans le cadre de parcours de vie ; la participation des usagers à la définition de réponses adaptées et réalisables, permettant le maintien dans leur cadre de vie, aussi longtemps que possible ;
- la mobilisation des professionnels de santé autour d'un projet de santé dans un cadre formalisé et reconnu ;
- la mise en œuvre d'expérimentations (panier de soins, PAERPA....) au titre de l'article 51 de la LFSS ;

L'organisation de la gouvernance : l'ARS assure la gouvernance de la démarche territorialisée et transversale en santé avec :

- d'une part, un échelon stratégique définissant la stratégie de territorialisation au niveau régional, validant les projets territoriaux de santé (diagnostic et feuilles de route), prenant les décisions de financement, organisant l'expression de la démocratie sanitaire et assurant la réalisation de l'évaluation ;

- d'autre part, un échelon opérationnel au niveau des territoires, qui doit s'engager dans une démarche de co-construction avec les partenaires institutionnels, les professionnels du 1er recours, les usagers et les offreurs de santé, afin de susciter ou d'accompagner les projets de santé et d'assurer par la suite le suivi du déploiement des feuilles de route ;

Trois enjeux de fond :

La promotion de la santé, comme vecteur d'une approche intégrative, globale et coordonnée de la santé, alternative au « tout curatif » notamment en offrant un « panier de services » en matière d'accès aux dépistage, repérage précoce et réduction des risques ;

L'accès à la santé comme un levier important contribuant à la réduction de la précarité : la pauvreté concerne en Corse de plus en plus de personnes (**région métropolitaine avec le taux le plus élevé**). Elle touche particulièrement les personnes âgées, les plus jeunes, la ruralité, les zones à activité saisonnière ; déclarée enjeu prioritaire par la collectivité de Corse, elle génère ou exacerbe, en effet les problématiques de santé, ces dernières pouvant aussi entraîner certains usagers vers la précarité.

Le déplacement reste un enjeu majeur d'accès aux soins dans une île cloisonnée, développer et faire connaître des moyens de transports non médicalisés gratuits ou de faible coût est une priorité de la CdC dans son plan de lutte contre la précarité et la pauvreté.

La méthode

Pour assurer son rôle de pilote de l'animation territoriale en santé, l'ARS doit déployer une mission d'accompagnement pluridisciplinaire, à différents niveaux : dimension politique (démocratie sanitaire et coordination des politiques publiques), expertises technique et financière (conseil accompagnement des porteurs de projet, évaluation).

Cette mission pourrait s'appuyer sur :

- la mise en place d'un cadre formalisé contractuel fixant à la fois les principes généraux et le plan d'actions spécifique du micro-territoire : contrats locaux de santé, contrats territoriaux de santé ;
- le développement de compétences axées sur l'animation territoriale pour assurer l'écoute des usagers et acteurs, pour asseoir un diagnostic validé par tous et arrêter les actions prioritaires (vigilance sur le respect de l'intérêt général dans les échanges et décisions) ;
- la prise en compte du volet des ressources humaines : développement des compétences, besoins en formation ou en ingénierie et mise en relation de ceux-ci avec l'offre existante ou à rechercher ;
- le développement de la communication entre les infra-territoires, le territoire de démocratie sanitaire et le niveau régional
- le déploiement concomitant de l'e-santé, levier d'action essentiel dans la concrétisation des projets de coordination et l'accès à certains services.

Objectif stratégique N°1 du COS : appuyer les politiques de santé sur les socles de la prévention et de la promotion de la santé.

Objectif stratégique N°2 du COS : faire de l'utilisateur un acteur éclairé et actif du système de santé.

Objectif stratégique N°3 du COS : accompagner l'accès à la santé des plus fragiles dans une logique de parcours continu.

Objectif stratégique N°4 du COS : appuyer les politiques de santé sur les socles de la prévention et de la promotion de la santé.

Objectif stratégique N°6 du COS : soutenir l'intégration des pratiques innovantes en santé pour améliorer la qualité, la sécurité et l'accessibilité à la santé.

L'animation territoriale doit contribuer à favoriser l'accès à un système de santé gradué, innovante et de qualité. En s'appuyant sur les socles de la prévention et de la promotion de la santé, elle doit contribuer à faciliter l'accès à la santé des plus fragiles dans une logique de parcours continu et accompagner leur montée en compétence comme acteurs éclairés et actifs du système de santé.

Objectif opérationnel N°1 : améliorer la structuration et la gouvernance de l'animation territoriale.

Pour favoriser la lisibilité de l'organisation et le partage des politiques publiques dans les territoires ; pour développer une action coordonnée avec la collectivité de Corse et l'Etat et porter ensemble des projets territoriaux répondant aux besoins de la population.

Action N°1 : conforter le rôle de l'IRP (cf. titre I- chapitre 2 -objectif opérationnel n° 8 – action n°1)

Action N°2 : réaliser des diagnostics territoriaux, en lien avec la collectivité de Corse et l'Etat.

Ce diagnostic doit être partagé avec l'ensemble des acteurs du territoire, afin d'identifier collectivement les difficultés d'accès aux services de santé et de permettre une réponse coordonnée.

La notion de « panier de services » ou offre de santé socle (intégrant le domaine de la prévention et de la promotion de la santé) et son accessibilité (temps d'accès, transport, mobilité, innovation technologique, accessibilité financière..) sera intégrée systématiquement dans les projets territoriaux de santé déterminés à partir des diagnostics partagés et validés.

Pourquoi réaliser des diagnostics territoriaux à l'échelle des 9 territoires de projet ?

Si l'indicateur synthétique d'accessibilité potentielle localisée (APL) développé par la DREES et l'IRDES permet de cibler la difficulté d'accès au médecin généraliste, en prenant en compte la proximité et la disponibilité des médecins, il ne recense pas les différences d'état de santé de la population au-delà de la structure d'âge ainsi que les différences de niveau socio-économique de la population.

Pour bien agir il est important de bien connaître les caractéristiques propres de chaque territoire de proximité. La prise en compte des spécificités de ces territoires de proximité est gage d'une stratégie plus efficace pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

La réalisation de diagnostics territoriaux, à l'instar de celui réalisé en 2017 sur le territoire de la plaine orientale, doit contribuer à l'élaboration et la signature des contrats territoriaux de santé (CTS).

Action N°3: accompagner l'élaboration des projets territoriaux de santé qui pourront inclure un volet innovation en santé, tel qu'il est prévu dans l'article 51 de la LFSS de 2018 et s'appuieront sur les orientations du volet spécifique à la Corse de la Stratégie Nationale de Santé ainsi que sur les objectifs du plan d'égal accès aux soins.

Action N°4 : veiller, dans le cadre de la démarche d'élaboration des projets territoriaux, à l'interface avec les instances de démocratie sanitaire :

- la CRSA, lieu d'expression et de propositions ouvert à tous les acteurs de la santé ;
- les commissions spécialisées dont les deux commissions de coordination des politiques publiques (CCPP) compétentes dans les champs de la prévention et de la prise en charge et de l'accompagnement médico-social. Les CCPP permettront de faciliter la coordination de l'action des différents partenaires en assurant la recherche de complémentarités et de cofinancement entre les autorités compétentes ;
- les deux conseils territoriaux de santé qui contribuent à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du projet régional de santé, en particulier sur les dispositions concernant l'organisation des parcours de santé.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de diagnostics territoriaux réalisés et instruits par l'IRP
- ✓ nombre de projets territoriaux validés par l'IRP

Action N°5 : intégrer les projets territoriaux de santé à la politique d'aménagement des territoires.

Dans le cadre partenarial renforcé à travers l'IRP, la déclinaison régionale du plan pour renforcer l'accès territorial aux soins se doit d'être un programme d'actions partagées entre les composantes de l'IRP. Elle devra notamment s'articuler avec :

- le volet spécifique de la Corse inscrit dans SNS ;
- le Schéma d'Accompagnement, de Développement et de Protection de la Montagne (SADPM) ;
- le Plan d'Aménagement et de Développement Durable de la Corse (PADDUC) ;
- le Schéma Régional de Développement Economique, d'Innovation et d'Internationalisation (SRDE21) ;
- l'élaboration d'un plan de modernisation des infrastructures et des équipements pour garantir l'accès aux soins en Corse ;
- les réflexions engagées dans le cadre des dispositifs de soins de premier recours (CPTS, ESP) et des contrats territoriaux de santé (CTS) ;

- le volet santé des contrats locaux de santé (CLS).

Objectif opérationnel N°2 : animer les réseaux d'acteurs et conduire le changement :

- pour favoriser la mobilisation des professionnels autour d'un projet et l'organisation des parcours coordonnés, prenant en compte les besoins des usagers et les attentes des professionnels ;
- pour prendre en compte les spécificités insulaires, particulièrement la ruralité, l'enclavement, le taux élevé de pauvreté, les difficultés de déplacement, les problématiques démographiques (professionnels) et populationnelles (jeunes, personnes âgées).

Action N°1 : structurer un échelon opérationnel de proximité.

Les délégations territoriales seront associées pleinement dans le déploiement des projets de santé sur les territoires. Cet échelon favorisera la coordination des modalités d'intervention sur les territoires infra régionaux. Il doit prendre en compte tous les secteurs maillant le parcours de santé des individus. Il assurera l'interface entre l'ARS et ses partenaires (institutionnels, usagers, professionnels..) de terrain.

Action N°2 : développer la fonction de référent/animateur territorial, chargé de coordonner un projet sur un territoire en mobilisant les personnes ressources et les acteurs de santé afin de construire des plans d'actions en proximité.

L'animateur/référent territorial pourra bénéficier d'un appui méthodologique.

Action N°3 : développer les outils de contractualisation coordonnés avec la Collectivité de Corse et les services de l'Etat (gouvernance, priorisation et coordination des actions, plan de financement, évaluation).

L'animation territoriale permet de mettre en œuvre les actions dans les infra-territoires au travers des contrats locaux et /ou des contrats territoriaux de santé.

Action N°4 : cartographier les financements et évaluer les résultats. La distinction entre financements pérennes et financements ponctuels spécifiques permet de finaliser la feuille de route du projet. Elle assure la soutenabilité du projet et permet de réorienter les financements en fonction des besoins, des priorités et du calendrier de réalisation.

Outre l'atteinte des objectifs en terme de fluidité du parcours et de satisfaction des usagers, l'évaluation des résultats portera également sur la relation coût-efficacité de la démarche engagée (rapport entre les personnes concernées –usagers et professionnels et les moyens déployés), dans une optique de modélisation et de répliquabilité du projet.

Indicateurs de suivi :

- ✓ quotité de travail temps/homme sur chaque territoire,
- ✓ nombre de réunions par type et territoire,
- ✓ nombre, type de contrats signés et qualité des signataires,
- ✓ nombre et qualité des acteurs mobilisés,
- ✓ types d'actions et volumes financés par territoire,
- ✓ niveau de satisfaction des usagers (évaluation ; étude d'impact).

TITRE II :
CONFORTER LA COHÉRENCE ET LA PERTINENCE DES
FILIÈRES DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT
MEDICO-SOCIAL

Chapitre 1 – L'évolution des filières de soins

1.1. La médecine

Diagnostic

Sources Scan Santé, SAE

408 lits d'hospitalisation complète (327 dans le secteur public et 81 dans le secteur privé) et 39 places d'hospitalisation partielle (12 dans le secteur public et 27 dans le secteur privé) étaient installés en Corse au 31/12/2015 (anomalie des données sur SAE 2016).

53 518 séjours de médecine (hors séances) ont été consommés par les patients de Corse en 2016.

Le taux de recours 2016 standardisé à la médecine en nombre de séjours pour 1000 habitants est de 156,21 pour la Corse, le taux de recours national de 160,72. A contrario, en 2011, ce taux de recours qui était de 162,88 en Corse était plus élevé que le taux de recours national (qui était alors de 151,74).

Le taux de fuite interrégional en médecine est de 15,5% en 2016. Concernant les séjours sans acte classant et sans nuitée le taux de fuite atteint 32,8 %. Ces taux restent relativement stables depuis 2010.

Comme lors du PRS1, ces fuites concernent encore majoritairement la rhumatologie, le système nerveux (hors cathétérisme vasculaire) et l'endocrinologie. En raison du nombre insuffisant de médecins dans les spécialités concernées, l'offre n'a pu se développer.

Constat après le PRS1 (points forts et points faibles) :

- développement de deux types de consultations avancées : des consultations avancées au sein des hôpitaux de proximité par des médecins libéraux ou des médecins hospitaliers (dermatologie, rhumatologie, pneumologie, endocrinologie).
Des consultations avancées réalisées par des médecins du continent au niveau des établissements de santé de Corse (médecine interne, maladies neuro musculaires, rhumatologie) ;
- soutien de l'ARS à l'agrément et au choix des terrains de stage en Corse pour l'accueil d'internes en médecine afin de favoriser les futurs recrutements médicaux : l'ARS de Corse a mis en place depuis 2012 une bourse de stage en établissement de santé en Corse pour les spécialités démographiquement déficitaires. Le montant de cette bourse est de 2000 euros par semestre depuis 2015.
Toutefois, la Corse subit les conséquences de l'application du taux d'inadéquation de 7 % mis en place en 2015 (l'ouverture de terrains de stages en surnombre de 7 % par rapport au nombre d'internes au choix incite ces derniers à éviter les terrains de stages les plus éloignés géographiquement des facultés de médecine). Cette situation conduit, malgré l'augmentation du nombre de terrains de stages agréés en Corse, à une difficulté à les pourvoir.
- développement de l'hospitalisation de jour en médecine et réduction des fuites interrégionales : objectif insuffisamment atteint du fait notamment de recrutements médicaux insuffisants
Une grande partie des places d'hospitalisation de jour de l'île sont orientées sur la prise en charge de la pathologie cancéreuse en chimiothérapie. L'offre n'a pu être développée notamment en endocrinologie et rhumatologie (prévalence et incidence des maladies endocriniennes et rhumatologiques élevées) faute de recrutements médicaux.

Point particulier de la plaine orientale :

Ce territoire rural se caractérise par un temps d'accès à la structure hospitalière la plus proche supérieur à une heure. Il présente une démographie médicale légèrement inférieure à la moyenne régionale avec une part importante de médecins de plus de 60 ans.

L'ARS de Corse, en partenariat avec les élus, les professionnels de santé et les usagers a expertisé les besoins en santé de la Plaine Orientale afin de co-construire un projet de santé ayant pour objectif d'apporter une réponse adaptée et pérenne aux besoins de santé de ce territoire.

L'organisation proposée se composera d'une offre de premier recours assortie d'une offre hospitalière de médecine adossée à la structure de soins de suite et de réadaptation autorisée permettant d'éviter des ruptures de parcours de soins et des renoncements aux soins.

Objectif stratégique n°4 du COS : assurer un accès de proximité à un système de santé gradué et de qualité.

Objectif opérationnel N°1 : développement de l'hospitalisation de jour

Action N°1 : accompagnement des établissements de santé pour le développement des plateaux d'hospitalisation de jour

Action N°2 : réduction des fuites évitables : notamment par le développement d'actions en faveur des recrutements médicaux (cf. infra) et par une communication sur l'existant.

Indicateurs de suivi :

- ✓ taux de fuite inter régionaux en médecine
- ✓ nombre de journées d'hospitalisation de jour de médecine produites en Corse

Objectif opérationnel N°2 : amélioration de l'offre de proximité dans le maillage territorial

Action N°1 : implantation d'une autorisation de médecine en hospitalisation complète (5 lits) et en hospitalisation de jour (3 places) adossée à la structure de SSR de Prunelli di Fiumorbu.

Action N°2 : poursuite du développement des consultations avancées par partenariat intra-régional.

Indicateurs de suivi :

- ✓ mise en œuvre effective d'une autorisation d'activité de soins de médecine à Prunelli di Fiumorbu
- ✓ nombre et type de consultations avancées mises en place.

Objectif opérationnel N°3 : poursuite du développement des actions en faveur des recrutements médicaux dans les disciplines démographiquement déficitaires (accueil d'internes en médecine, assistants partagés...).

Action N°1 : poursuite de la mesure visant l'octroi d'une bourse pour les internes de spécialités démographiquement déficitaires.

Action N°2 : financement d'assistants partagés.

Indicateur de suivi :

- ✓ nombre d'internes annuellement accueillis en Corse,
- ✓ nombre d'assistants partagés

Objectif opérationnel N°4 : renforcement du partenariat inter-régional en matière de consultations avancées notamment avec des médecins de la région PACA

Action N°1 : signature de conventions inter établissements.

Indicateur de suivi :

- ✓ nombre et type de consultations avancées mises en place

Objectifs quantifiés (Implantations)

Activité de soins	Nombre d'implantations existantes PRS1	Suppression	Création	Nombre d'implantations cibles PRS 2
Médecine	13	1*	1	13

*suite à l'installation du nouvel hôpital d'Ajaccio, les implantations relatives à l'activité de médecine du CH d'Ajaccio (site de la Miséricorde et site de l'hôpital Eugénie) seront regroupées sur une même implantation (site du nouvel hôpital)

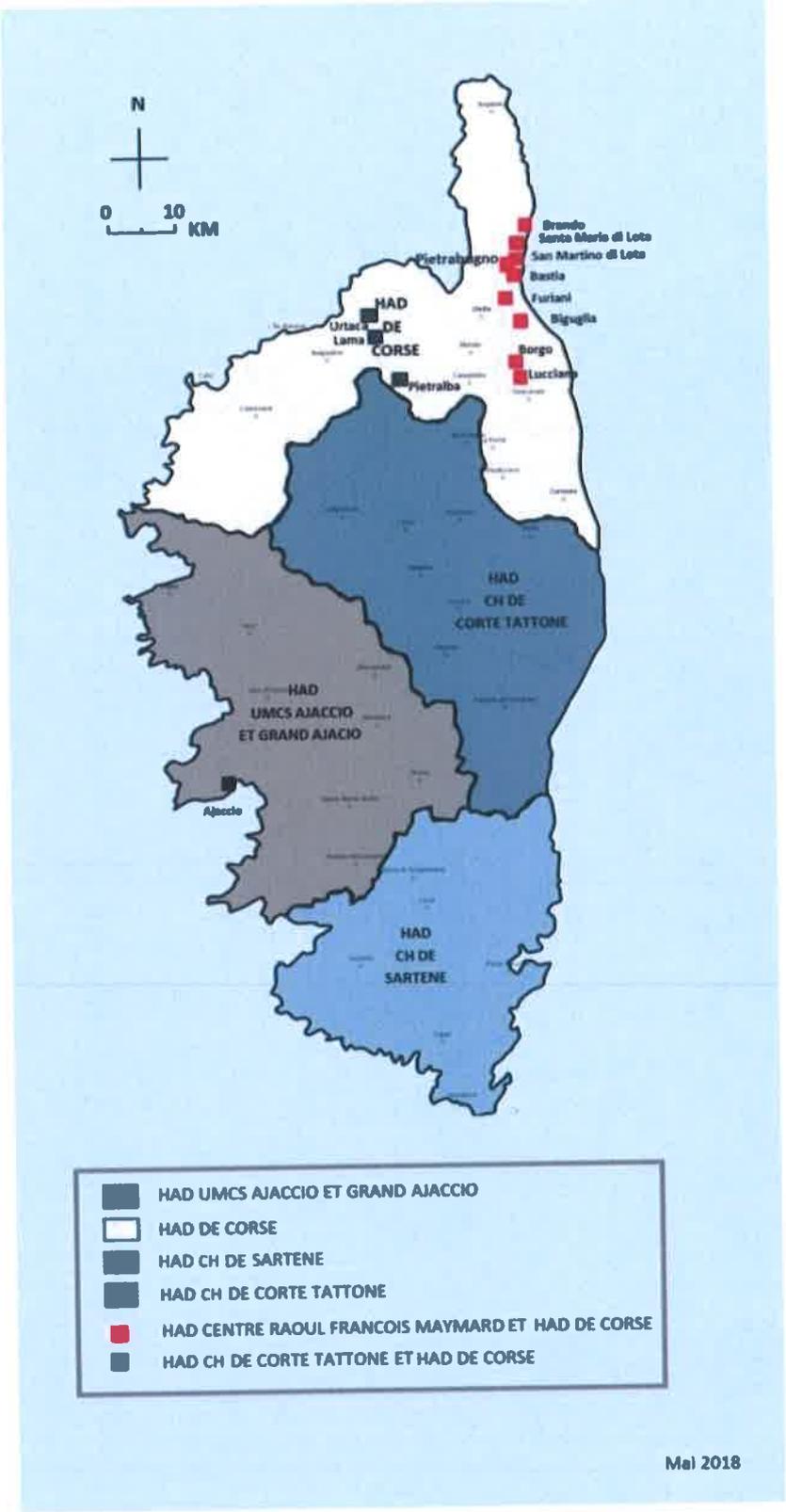
1.2. L'hospitalisation à domicile (HAD)

Diagnostic

En 2018, cinq structures d'HAD sont autorisées en Corse :

- 3 en Haute-Corse :
 - HAD de Corse (structure privée)
 - HAD Centre Raoul François Maymard (structure privée)
 - HAD du centre hospitalier intercommunal de Corte-Tattone (structure publique)
- 2 en Corse-du-Sud :
 - HAD Union des Mutuelles de Corse du Sud (UMCS)
 - HAD du centre hospitalier de Sartène (structure publique)

Carte des aires géographiques autorisées au jour de la publication du PRS2 :



La circulaire du 4 décembre 2013, relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD), précisait que :

- la recommandation de la circulaire du 31 décembre 2006 sur l'activité minimale (9000 journées/an) paraît insuffisante au vu des exigences et enjeux portés par la présente instruction.
- L'objectif précité de développement de l'activité d'HAD par substitution à l'hospitalisation conventionnelle doit conduire les territoires à se rapprocher d'un taux régional plancher de recours à l'HAD de 30-35 patients par jour pour 100 000 habitants .
- Une attention particulière sera portée au devenir des structures qui, en dépit d'un potentiel significatif, n'ont pu faire progresser le recours à l'HAD sur leur territoire. Sans engagement exprès de développement, elles ne pourront être considérées comme aptes à rendre efficacement le service attendu sur le territoire qui leur est dévolu et il faudra, dès que possible, en tirer les conséquences.
- Il est recommandé, pour des raisons de rationalisation de l'offre, de pallier d'éventuels défauts de couverture en privilégiant les extensions d'autorisation, voire la création de sites déconcentrés par une structure autorisée (antennes), plutôt que par de nouvelles créations.

Données d'activité régionales 2016 (sources e-pmsi ATIH, Scan Santé) :

- 34 436 journées d'HAD ont été produites par les cinq HAD autorisées de Corse (en 2011, 23 434 journées avaient été produites par les trois HAD autorisées).
- le nombre moyen de patients pris en charge par jour pour 100 000 habitants est de 29,1 (France entière 20,2).
- le taux brut de journées d'HAD pour 1000 journées d'hospitalisation complète (MCO + SSR) est de 69,7 (France entière = 46,2).
- la part des admissions en HAD faisant suite à une hospitalisation complète temps plein (MCO + SSR) est de 57,9 % (France entière = 63,1 %).
- la part des séjours en HAD réalisés au profit des résidents d'ESMS est de 4,2 % (France entière = 5,7 %).

Disparités régionales :

- les HAD contribuent de manière très hétérogène à la production de ce nombre de journées régionales : en effet, l'HAD qui a produit le plus de journées en 2016 dépasse les 11 000 journées, celle qui en produit le moins n'atteint pas 1400 journées annuelles. Par ailleurs, concernant les deux villes les plus peuplées de Corse, on constate que le nombre de journées produit sur Ajaccio est nettement moins élevé (presque deux fois moins) que celui produit sur Bastia.
- Enfin, certaines HAD sont plus polyvalentes que d'autres comme l'indiquent les tableaux présentant, par HAD, les trois modes de prise en charge principaux (MPP) les plus fréquents en 2016 :

A titre de comparaison, au niveau national, en 2016, les MPP les plus fréquents (représentant 61,5 % de l'activité nationale HAD) étaient :

- le MPP 09 (pansements complexes/stomies) = 1, 363 million de journées (27,9 % des journées produites) ;
- le MPP 04 (soins palliatifs) = 1,199 million de journées (24,5% des journées produites)
- le MPP 14 (nursing lourd) = 446 000 journées (9,1 % des journées produites)

Centre hospitalier de Sartène	Nb de journées de présence	% cumulatif nb de journées
04 - soins palliatifs	1392	32,9
07 - prise en charge de la douleur	1 137	59,8
01 - Assistance respiratoire	305	67,0

Centre hospitalier Intercommunal de Corte-Tattone	Nb de journées de présence	% cumulatif nb de journées
09 - pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	401	30,3
15 - éducation du patient et de son entourage	380	59,1
05 - soins palliatifs	262	78,9

HAD Polyclinique Maymard	Nb de journées de présence	% cumulatif nb de journées
04 - soins palliatifs	5 014	47,3
13 - surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	2 926	74,9
14 - soins de nursing lourds	1 546	89,5

HAD de Corse	Nb de journées de présence	% cumulatif nb de journées
14 - soins de nursing lourds	2 941	26,4
09 - pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	2 928	52,8
13 – surveillance post chimiothérapie anti-cancéreuse	1001	61,8

HAD UMCS	Nb de journées de présence	% cumulatif nb de journées
14 - soins de nursing lourds	1766	24,7
04 - soins palliatifs	1192	41,3
09 - pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1 016	55,5

Constat après le PRS1 (points forts et points faibles) :

- amélioration du maillage régional par l'extension des aires géographiques d'intervention des HAD existantes : toutes les communes de Corse appartiennent désormais à l'aire géographique autorisée d'une HAD. Toutefois les prises en charge restent quantitativement hétérogènes en fonction des HAD et des zones desservies : si d'immenses progrès ont, par exemple, été réalisés dans l'Extrême Sud, sur d'autres zones il demeure difficile de pouvoir bénéficier d'une prise en charge en HAD. Cette problématique concerne aussi bien certaines zones urbaines que semi rurales ou rurales : par exemple, une partie de la Plaine Orientale dépendant de l'HAD du CH de Corte Tattone, la Balagne du fait de la fermeture de l'antenne de l'HAD de Corse pour difficultés économiques, l'HAD de l'UMCS qui n'intervient qu'à Ajaccio et pas sur l'ensemble de son aire géographique autorisée ;
- amélioration de l'articulation HAD/secteur libéral : variable selon les HAD. Certaines HAD travaillent en parfaite harmonie avec les professionnels de santé libéraux, pour d'autres les relations sont plus complexes ;
- nombre de structure d'HAD élevé par rapport à sa population ; ce qui pose des problèmes de viabilité économique ;
- Insuffisance des temps de coordination médicale pour assurer un développement optimal des structures. De plus, les évolutions réglementaires du nouveau décret portant sur les conditions techniques de fonctionnement en HAD prévoient, tout en maintenant le rôle de référent du médecin traitant, un développement de l'intervention des médecins coordonnateurs d'HAD (notamment possibilité de prescription). Les HAD devront pouvoir recourir à un avis médical H24, sept jours sur sept (en dehors évidemment d'un recours systématique au SAMU).
- Nécessité d'une coordination médicale « forte » afin d'obtenir l'adhésion du secteur libéral (notamment dans un contexte de diminution du nombre de médecins traitants et de difficultés de PDSA sur certaines zones). C'est également ce qui constitue une des spécificités majeures d'une HAD par rapport à d'autres types d'intervenants (prestataires de service...).
- Interventions des HAD en EHPAD (comme au niveau national) encore trop limitées malgré de nombreuses conventions signées entre ces deux types de structures. Persistent une méconnaissance des modalités de financement de l'HAD de la part des EHPAD et parfois des réticences à travailler avec des équipes extérieures. Par ailleurs, les interventions dans les établissements médico-sociaux hors EHPAD sont inexistantes.

Objectif stratégique n° 4 du COS : assurer un accès de proximité à un système de santé gradué et de qualité.

Objectif opérationnel N°1 : améliorer le maillage territorial effectif

En termes d'autorisation, toutes les communes de Corse sont couvertes. Toutefois cela ne se traduit pas automatiquement par une possibilité de prise en charge effective et actuellement une partie des habitants de Corse n'accède pas à l'HAD. Pour remédier à cette situation il conviendra de :

Action N°1 : favoriser les rapprochements d'HAD existantes afin de renforcer leurs possibilités d'intervention et leur viabilité économique et éviter ainsi des ruptures de continuité de prise en charge pour la population. Le nombre d'implantations ne devra pas augmenter. Au contraire, il conviendrait d'encourager de nouvelles organisations qui regrouperaient les acteurs en s'appuyant notamment sur les travaux des groupements hospitaliers de territoire (GHT).

Indicateur de suivi :

- ✓ nombre d'implantations

Action N°2 : maintenir et de développer la polyvalence des HAD.

Indicateur de suivi:

- ✓ suivi des modes de prise en charge principaux (MPP) et des modes de prise en charge associés (MPA) de chaque HAD.

Action N°3 : mettre en place un comité technique regroupant HAD, URPS, établissements de santé (autres que les HAD), réseaux et ARS. Ce comité sera chargé d'analyser les freins et d'identifier des leviers fédératifs afin de faire des propositions d'amélioration du maillage territorial. Une attention particulière sera portée aux zones non investies à ce jour.

Indicateur de suivi :

- ✓ nombre de réunions et propositions d'amélioration du maillage territorial.

Action N° 4 : favoriser le recours des HAD aux professionnels de santé libéraux qui sont des acteurs incontournables de la prise en charge à domicile. Il conviendra que les HAD et les professionnels de santé attachent une importance toute particulière à la qualité de leurs relations (les HAD devront notamment être vigilantes concernant les délais de paiement de ces professionnels qui devront eux-mêmes veiller à transmettre leurs justificatifs régulièrement).

Indicateur de suivi :

- ✓ suivi de la composition des équipes HAD

Action N°5 : renforcer les temps de coordination médicale aujourd'hui parfois insuffisants

Indicateur de suivi:

- ✓ contrats de travail des médecins coordonnateurs

Objectif opérationnel N°2 : s'assurer de la mise en œuvre des nouvelles conditions de fonctionnement prévues au décret du 5 mai 2017 et notamment :

- la capacité, à tout moment, d'intervention infirmière à domicile et la possibilité de recours à un avis médical, en interne ou en externe,
- la présence d'un assistant social à temps partiel,
- la possibilité de recourir à un psychologue.

Indicateurs de suivi :

- ✓ dossiers de renouvellement d'autorisation, visites de conformité, inspections

Objectif opérationnel N°3 : développer les interventions des HAD dans le secteur médico-social.

NB : la liste limitative des interventions des HAD en EHPAD a été supprimée en 2017.

Action N°1 : inscription du juste recours à l'HAD aux futurs CPOM des établissements et services médico-sociaux (ESMS)

Indicateur de suivi:

- ✓ nombre de CPOM d'ESMS comportant des objectifs de recours à l'HAD

Objectif opérationnel N°4 : favoriser le virage ambulatoire

Action N° 1 : favoriser le virage ambulatoire en développant les prescriptions d'HAD à partir des établissements MCO et SSR.

Indicateur de suivi :

- ✓ nombre de CPOM d'établissements MCO et SSR comportant des objectifs de recours à l'HAD.

Objectifs quantifiés (Implantations)

Activité de soins	Nombre d'implantations existantes PRS1	Suppression	Création	Nombre d'implantations cibles PRS 2
HAD	5	0 à 3*	0	5 à 2*

*en lien avec l'objectif opérationnel N°1 Action N°1.

1.3. Les soins palliatifs

Diagnostic

En 2018, sont autorisés en Corse :

Deux unités de soins palliatifs (USP) :

- ✓ une USP de huit lits au centre hospitalier d'Ajaccio (Corse du Sud)
- ✓ une USP de 12 lits à la clinique de Toga (Haute-Corse)

41 lits identifiés de soins palliatifs (LISP) :

- ✓ Haute-Corse : 16 lits
 - 6 lits au centre hospitalier de Bastia,
 - 6 lits à la clinique La Résidence (Raoul Maynard)
 - 4 lits au centre hospitalier Intercommunal de Corte Tattone
- ✓ Corse du Sud : 25 lits
 - 9 lits au centre hospitalier d'Ajaccio,
 - 8 lits au centre hospitalier de Castelluccio
 - 6 lits à SA Clinique d'Ajaccio
 - 2 lits au centre hospitalier de Sartène

Deux équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) :

- ✓ EMSP de Haute-Corse cogérée par le centre hospitalier de Bastia et la clinique la Résidence (Raoul Maynard)
- ✓ EMSP du centre hospitalier d'Ajaccio

Une équipe pluridisciplinaire de coordination soins palliatifs et douleur (EPCSD) au centre hospitalier de Sartène qui a débuté son activité en septembre 2012.

Un réseau de santé polyvalent (coordonnant notamment la prise en charge des soins palliatifs et de la douleur) est en place dans le Sartenais, l'Alta Rocca et le Valinco (réseau SARV).

Données d'activité régionales soins palliatifs concernant les codages PMSI MCO USP /LISP/hors LISP/ et données déclaratives EMSP/EPCSPD/réseau SARV les interventions à domicile :

En 2016, 1046 séjours de soins palliatifs ont été codés en MCO (dont 395 en USP, 582 en LISP, 69 hors LISP et hors USP) et 265 en HAD (source PMSI ATIH).

Les deux EMSP et l'EPCSPD de Corse sont intervenues, en 2016, auprès de 820 patients différents et ont réalisé 3479 interventions téléphoniques ou physiques.

Le réseau SARV est intervenu auprès de 22 patients au titre des soins palliatifs en 2015.

Les services d'hospitalisation à domicile (HAD) réalisent également une part importante des prises en charge en soins palliatifs : le MPP (Mode de Prise en charge Principal) 04 qui correspond aux soins palliatifs a représenté 24% des journées produites en HAD en 2016 (soit 8274 journées, source PMSI ATIH).

Les interventions à domicile des infirmiers diplômés d'état libéraux (IDEL) pour soins palliatifs sont nombreuses. Elles ont été estimées via les codages NGAP MCI⁴ (mais ce codage concerne aussi les pansements complexes, sont précisés ci-dessous le nombre de MCI avec et le nombre MCI sans AMI4 associé pour améliorer la spécificité).

Dénombrement des cotations MCI réalisées par les IDEL de Corse pour les assurés de Corse ; date de remboursement année 2016, source : SIAM- ERASME Régime Général :

	MCI sans AMI 4	MCI avec AMI 4
CPAM Corse-du-Sud	53 629	31 094
CPAM Haute-Corse	53 777	41 804
Total régional régime général	107 406	72 898

Le diplôme universitaire (DU) de soins palliatifs a été mis en place depuis 2012 à l'Université de Corse.

Sur quatre promotions de 2012 à 2016, 46 personnes se sont inscrites, 40 ont été diplômées dont cinq médecins, quatre psychologues et 31 IDE

Constat après le PRS1 (points forts et points faibles) :

- Création d'une USP en Haute Corse
Ouverture d'une USP de 12 lits en Haute-Corse en 2015.
La mise à disposition d'une solution d'hébergement gratuite pour les familles au sein de cette USP est à souligner.
- Intervention des EMSP en EHPAD et au domicile des patients
Les renforts en personnel intervenus entre 2012 et 2016 dans les deux EMSP ont permis d'accroître les interventions à domicile et en EHPAD. Néanmoins, malgré ces renforts, les effectifs des EMSP demeurent encore actuellement en deçà des préconisations de la circulaire du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs ; ce qui limite les possibilités de développement des interventions à domicile et en EHPAD.
- Amélioration des connaissances des soignants concernant la prise en charge palliative pédiatrique : même si ce type de prise en charge concerne moins de dix enfants par an, il convient pour faire face à ces situations particulièrement dramatiques que soient développées des compétences pédiatriques au sein des EMSP corses qui s'appuieraient sur des coopérations avec des structures du continent concernant la formation de leurs personnels.
L'ARS de Corse a financé en 2016 des formations pour les deux EMSP.
- Accueil des étudiants dans les USP et les EMSP
L'USP de Corse du Sud a été agréée au titre du DESC de médecine palliative en 2015 ; l'USP de Haute-Corse a, quant à elle, été agréée en 2016 au titre de médecine générale. USP et EMSP sont également terrains de stages pour les personnels para-médicaux.

⁴ NGAP : nomenclature générale des actes professionnels
MCI : majoration de coordination infirmière

- **L'organisation et l'utilisation des LISP**

Elle demeure très hétérogène à la fois entre les établissements mais parfois aussi également entre les divers services d'un même établissement du fait d'une organisation mal formalisée dans certains services, parfois aussi d'une absence de référents suffisamment formés aux soins palliatifs et d'une absence de renfort en personnel par rapport à un lit standard. C'est pourquoi à l'avenir l'accent sera plutôt porté sur le renfort des EMSP et des USP.

Toutefois, une attention particulière sera portée aux infra-territoires ne disposant d'aucun LISP (Balagne, Plaine Orientale...).

Dans une grande partie des établissements de Corse, l'accès aux LISP n'est quasiment jamais direct mais se fait le plus souvent après passage par un service d'accueil des urgences. L'absence de possibilité d'accès au dossier médical du patient la nuit et le week-end est un des freins à l'accueil direct dans ces lits : réticence du personnel des services où sont situés les LISP à recevoir des patients dont ils ne connaissent pas la prise en charge antérieure. Le développement du dossier médical partagé (DMP) devrait permettre de remédier à ce problème.

Par ailleurs, la dispersion de ces lits dans les différents services d'un même établissement ainsi que leur absence de matérialisation claire ne facilite pas non plus leur utilisation : ainsi on retrouve fréquemment dans certains établissements de l'île la réalisation de soins palliatifs hors des lits identifiés de cet établissement.

- **Le codage PMSI des soins palliatifs :**

Entre 2012 et 2016, apparaissent de nombreux sous codages des soins palliatifs au niveau du PMSI. C'est pourquoi les données d'activité régionales concernant les soins palliatifs sont à interpréter avec prudence.

Objectif stratégique n°3 du COS : accompagner l'accès à la santé des plus fragiles dans une logique de parcours continu.

Objectif stratégique n°4 du COS : assurer un accès de proximité à un système de santé gradué et de qualité.

Objectif opérationnel N°1 : renforcer les effectifs des USP et EMSP afin d'atteindre, à minima, les effectifs préconisés par la circulaire du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs pour permettre aux USP et EMSP de fonctionner dans de meilleures conditions et pour les EMSP de pouvoir prendre en charge plus de patients notamment au domicile et ce quel que soit le lieu de résidence du patient en Corse.

Action N°1 : s'assurer de l'utilisation optimale des crédits actuellement alloués.

Action N°2 : poursuivre le développement des formations en soins palliatifs.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre d'ETP de chaque catégorie professionnelle présents au sein des EMSP et USP
- ✓ nombre de professionnels de santé exerçant en Corse titulaires d'une formation diplômante en soins palliatifs

Objectif opérationnel N°2 : étudier la mise en place d'une coordination afin d'organiser et de fluidifier le parcours patient entre secteur libéral, HAD, hospitalisation « classique », établissements sociaux et médico-sociaux.

NB : la coordination devra également concerner les retours des patients depuis le continent vers la Corse.

Action N°1 : la mise en place un groupe de travail pour proposer les modalités de fonctionnement d'une coordination afin d'organiser le parcours patient soins palliatifs entre secteur sanitaire, secteur médico-social et secteur libéral. Les modalités de cette coordination seront définies en partenariat entre l'ARS et les acteurs de terrain via des groupes de travail dédiés.

Indicateurs de suivi :

- ✓ définition des modalités d'organisation de la coordination
- ✓ nombre de suivis de coordination

Objectif opérationnel N°3 : augmenter le nombre de lits de l'USP de Corse du Sud.

Action N°1 : extension de l'actuelle USP du centre hospitalier d'Ajaccio
Cible : 12 lits.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre effectif de places en USP en Corse du Sud et date effective de mise en œuvre

Objectif opérationnel N°4 : généraliser l'utilisation de la fiche actuellement dénommée « SAMU/PALLIA » afin d'améliorer les parcours de soins des patients en soins palliatifs lors de recours à des services d'urgence (tout en veillant à la sécurisation des échanges : au niveau national préconisation de transmission par messagerie sécurisée en santé ou DMP).

Action N°1 : Généralisation de l'utilisation de la fiche « SAMU /PALLIA » dans l'ensemble de la Corse.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de patients pris en charge par EMSP et USP disposant d'une fiche SAMU/PALLIA

Objectif opérationnel N°5 : travailler à l'élaboration d'un protocole relatif aux modalités de retour en Corse des patients en soins palliatifs hospitalisés sur le continent

Ces situations sont peu nombreuses mais peuvent s'avérer très délicates à gérer et inconfortables pour les patients et leurs accompagnants si elles n'ont pas été correctement anticipées.

Action N°1 : mise en place du groupe de travail

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de patients en soins palliatifs hospitalisés sur le continent dont le retour en Corse a été coordonné
- ✓ délai d'attente entre demande de retour et retour effectif
- ✓ moyen de transport employé

1.4. La prise en charge de la douleur chronique

Constat après le PRS1 (points forts et points faibles) :

- Réalisation d'un maillage de prise en charge de la douleur chronique en créant des consultations d'étude et de traitement de la douleur chronique dans le respect du cahier des charges de l'instruction DGOS du 19 mai 2011 : labellisation d'une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDC) de type consultation au centre hospitalier d'Ajaccio en 2013 avec un démarrage effectif d'activité en 2016, année au cours de laquelle, plus de 1000 consultations ont été réalisées par cette SDC. Cette labellisation est le résultat de la réussite du partenariat public/privé ; les coopérations associant interventions de personnels salariés et de libéraux au sein des SDC doivent être encouragées.
- Absence de mise en place de consultations douleur chronique avancées en Haute-Corse : un appel à candidature pour la labellisation d'une structure douleur chronique de type consultations en Haute-Corse a été effectué au dernier trimestre 2016 ; la candidature de la Polyclinique Maynard à Bastia a été retenue mais n'a pu aboutir.
- La nécessité de réaliser les formations diplômantes douleur en dehors de Corse (absence de diplôme universitaire relatif à la douleur chronique à l'Université de Corse) peut constituer un frein à la formation des personnels.

Objectif stratégique N°4 du COS : assurer un accès de proximité à un système de santé gradué et de qualité

Objectif opérationnel N°1 : renforcement du maillage territorial

Action N°1 : mise en place d'une structure « douleur chronique » de type consultations en Haute-Corse.

Indicateurs de suivi :

- ✓ Mise en place effective de la structure

Action N°2 : étudier la faisabilité de déployer les consultations avancées à partir des deux structures labellisées de Corse en Balagne, dans le Cortenais, en Plaine Orientale et dans l'Extrême Sud. Il convient d'envisager des coopérations au sein des établissements de santé, des centres de santé ou maisons de santé pluriprofessionnelles à fréquence régulière en s'appuyant si possible également sur des ressources locales qualifiées en sus des ressources des structures mères.

Indicateurs de suivi :

- ✓ mise en place effective des consultations avancées, fréquence et nombre de consultations, nombre de patients pris en charge

Objectif opérationnel N°2 : prise en charge de la douleur chronique de l'enfant et de l'adolescent.

Action N°1 : réalisation de formations à la prise en charge de l'enfant douloureux chronique à destination des soignants travaillant au sein des consultations d'étude et de traitement de la douleur chronique.

Dans le cadre de la polyvalence prévue pour les SDC de type consultations, ces soignants doivent être en mesure d'assurer les prises en charge « simples » de l'enfant douloureux ainsi que le premier diagnostic dans les situations complexes avant orientation, si besoin, vers une SDC extra régionale spécialisée dans la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de professionnels des SDC formés,

- ✓ nombre de formations suivies,
- ✓ nombre d'enfants pris en charge.

Objectif opérationnel N°3 : développement des possibilités de recours à des avis médicaux spécialisés (rhumatologie, psychiatrie, pédiatrie...)

Action N°1 : mise en place de conventions (intra ou extra régionales) ou de procédures, notamment par télé-médecine, pour faciliter les recours aux avis spécialisés.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de conventions ou procédures mises en place
- ✓ délai moyen d'attente pour un rendez-vous par type de spécialité.

Objectif opérationnel N°4 : mise en place de réunions de concertation pluriprofessionnelles (RCP) pour les cas les plus complexes

Action N°1 : mise en place de RCP régionales ou extra régionales en fonction des cas.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de RCP organisées,
- ✓ nombre et types de participants associés.

1.5. La chirurgie

Diagnostic

Concernant l'activité de soins de chirurgie en Corse, l'analyse des données PMSI met en évidence une baisse constante du recours à la chirurgie depuis 2012 avec un taux de recours (standardisé nombre de séjours pour 1000 habitants) passant de 106.33 en 2011/population 2009 à 102.79 en 2015/ population 2013 (taux de recours national 98,68).

On constate qu'un séjour sur deux est réalisé en ambulatoire et le nombre de séjours en hospitalisation complète est en diminution de - 1.9 % à l'identique de la tendance nationale avec toutefois un allongement de ces séjours (+ 0.8% contre -4.2% au niveau national). Les données sont reprises de manière détaillée dans le tableau ci-après :

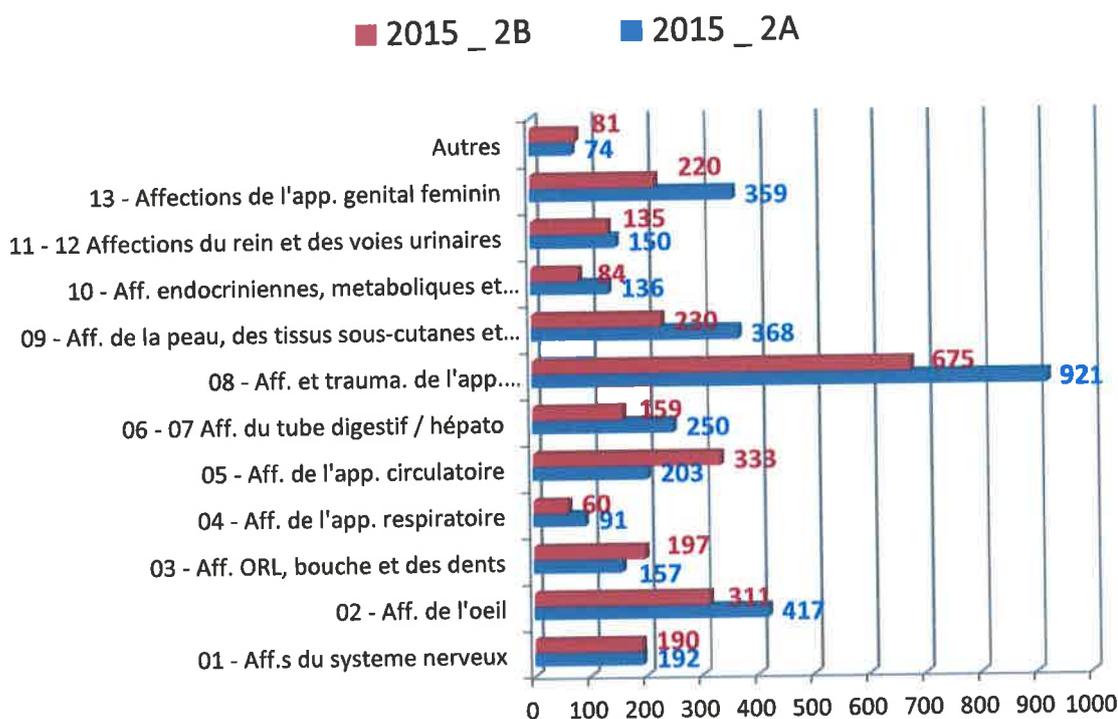
<i>Séjours en milliers (hors séances)/ Nombre de journées en milliers</i>	Séjours			Journées d'hospitalisation		
	Nombre de séjours 2015	Evolution nombre de séjours 2014/2015 CORSE	Evolution France entière	Nombre de journées 2015	Evolution du nombre de journées 2014/2015 CORSE	Evolution France entière
Chirurgie ambulatoire	12 533	+0,7%	+5,9%	12 533	+0,7%	+5,9%
Chirurgie non ambulatoire	12 747	-1,9%	-3,2%	82 416	+0,8%	-4,2%
Total chirurgie	25 280	-0,7%	+0,9%	94 949	+0,7%	-3,1%

Source : PMSI MCO, fiche régionale Scan santé

Les 5 premières catégories majeures de diagnostic sont représentées par :

- 25 % pour les affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif ;
- 19 % pour les affections de l'œil ;
- 11,8 % pour les affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins ;
- 9,20 % pour les affections du tube digestif ;
- 8,9 % pour les affections du rein et des voies urinaires.

Le taux de fuite régional est stable sur la durée du PRS 1: 17,2% en 2015 contre 17,1% en 2012 avec des taux de fuite différenciés selon le département de résidence du patient ; en 2015 le taux de fuite pour les résidents de Corse-du-Sud était de 20,2% et de 14.5 % pour les résidents de Haute-Corse. Le comparatif des fuites selon les CMD et le lieu de résidence du patient est repris dans le diagramme ci-joint :



Source : PMSI 2015- ARS

- l'unité est le séjour hors région Corse,
- en rouge les séjours des patients résidant en 2B
- en bleu les séjours des patients résidant en 2A
- la ventilation des séjours est réalisée par CMD permettant une approche par spécialité.

Le virage ambulatoire

La Corse a amorcé son changement de paradigme dans le cadre de la chirurgie ambulatoire avec un taux de séjours en ambulatoire de 54,8% pour les données 2015 et 55,9% pour l'année 2016 dépassant les objectifs prévus à la fin du PRS1. Le virage ambulatoire est la conjonction de plusieurs actions : regroupement des plateaux techniques chirurgicaux des établissements privés en Haute-Corse, implication des directions des établissements de santé quel que soit leur statut, contractualisation d'une annexe spécifique à la chirurgie ambulatoire dans les CPOM ARS/établissement de santé, sensibilisation des établissements de santé sur leur potentiel de substitution et leur degré de maturité lors de rencontres au sein des structures en binôme ARS-Assurance Maladie et la diffusion d'un appel à projet régional soutenu financièrement ayant permis l'accompagnement en 2016 de quatre établissements de santé : 2 publics, 2 privés.

La gradation des soins

Concernant la gradation des prises en charge dans une région ne possédant pas de centre hospitalier universitaire, elle a été amorcée dans des disciplines en difficulté. C'est le cas de la chirurgie pédiatrique, notamment en horaire de permanence des soins en établissement de santé (PDSES), et en particulier pour le jeune enfant. Pour cette spécialité deux professionnels de santé ont rejoint les équipes hospitalières, un par département, afin de conforter cette prise en charge au sein des établissements recours pour la pédiatrie.

Les actions qui n'ont pu être mises en œuvre :

- la création du centre spécialisé obésité, coordonnateur de la filière bariatrique ;
- l'analyse des taux de recours atypiques sur le volet chirurgie.

C'est sur ce constat que le volet chirurgie du PRS 2 s'est construit avec une articulation autour de 6 axes :

1er axe : poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire et accompagner les pratiques innovantes pour les établissements de santé les plus avancés et volontaires pour le déploiement de la récupération améliorée après la chirurgie dans une logique de « mieux soigner et moins héberger » ;

2^{ème} axe : maintenir les effectifs ressources humaines et rendre attractif la Corse par la structuration des filières ;

3^{ème} axe : assurer une efficacité des plateaux techniques ;

4^{ème} axe : favoriser le lien avec la ville en développant les outils de communication (MSS, DMP, FL⁵) et avec les structures d'exercice coordonné pour les patients les plus éloignés et en s'appuyant sur la télémédecine et la e-santé y compris dans son volet innovation ;

5^{ème} axe : relayer les actions de communication grand public sur les avantages de la prise en charge ambulatoire afin d'accompagner le changement de paradigme sur l'hébergement en structure de soins ;

6^{ème} axe : disposer de données d'activité y compris pour l'activité réalisée en hors région permettant une vision analytique et prospective pour cette thématique et partagée avec les opérateurs.

Objectif stratégique n°4 du COS : assurer un accès de proximité à un système de santé gradué et de qualité.
Objectif stratégique n°7 du COS : développer une politique de ressources humaines favorisant l'accès à des soins de qualité et à une offre innovante.

Il s'agit d'inscrire l'activité de soins de chirurgie dans une logique de « mieux soigner moins héberger » en sécurisant l'amont et l'aval et en pérennisant les ressources humaines par un renforcement de l'attractivité de certaines filières plus spécialisées.

Objectif opérationnel N°1 : accompagner les transformations organisationnelles et la prise en charge globale favorisant le rétablissement précoce des capacités après la chirurgie.

Le parcours chirurgie peut se décrire selon le processus suivant :

⁵ MSS : messagerie sécurisée en santé, DMP : dossier médical partagé, FL : fiche de liaison



La réduction du temps en service de soins nécessite une coordination des acteurs en amont, pendant et en aval du temps hospitalier (public et privé) et une prise en charge par des équipes constituées a minima de chirurgien, anesthésiste réanimateur et para médicaux (infirmiers et/ou masseurs kinésithérapeutes).

Que ce soit en ambulatoire (entrée sortie le même jour et retour au domicile) ou sur un séjour avec une durée ajustée au strict besoin du patient, la rédaction de chemin clinique permet de sécuriser cette prise en charge et d'engager chaque professionnel de santé dans la lutte contre les facteurs retardant la récupération du patient, ce dernier peut alors devenir acteur de sa prise en charge.

Selon la synthèse du rapport d'orientation de l'HAS de juin 2016 concernant les programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC), ces transformations organisationnelles s'articulent autour 5 points clés :

- l'information et la formation du patient ;
- l'anticipation de l'organisation des soins et la sortie du patient (situation de vie, interface hôpital-ville-domicile) ;
- minimiser les conséquences du stress chirurgical ;
- contrôler la douleur dans toutes les situations ;
- favoriser et stimuler l'autonomie des patients.

De nombreux outils contribuent à accompagner ce changement de paradigme : les publications de la HAS et de l'ANAP et les programmes PRADO de l'assurance maladie.

Ces transformations organisationnelles ont pour objectif de lutter contre la non pertinence des journées d'hospitalisation. Elles permettent un saut qualitatif dans la prise en charge par le développement des techniques moins invasives, en assurant un environnement plus favorable au retour à domicile (prise en charge de la douleur, limitation des nausées et vomissements post-opératoires) et une fluidité des prises en charge avec des interfaces ville-établissement de santé facilitées par des prises en charge en équipe et l'utilisation des nouvelles technologies de la e-santé (télésurveillance des patients en post opératoire).

Ces transformations organisationnelles devraient conduire à une meilleure satisfaction des usagers.

Pour les patients nécessitant un continuum de prise en charge hospitalière, le dispositif de sorties anticipées par l'HAD permet pour certains actes (hystérectomies, résections rectales, interventions majeures grêle et colon, fractures du fémur chez la personne âgée, chirurgie de la scoliose et prothèse totale de genou) de réduire la durée d'hospitalisation en MCO.

Action N°1 :

- poursuivre l'accompagnement sur les potentiels de substitution de l'hospitalisation complète en ambulatoire conjointement avec l'assurance maladie en intégrant les actes semi programmés et soutenir les établissements les plus innovants en matière d'organisation ;
- prendre en compte la maturité organisationnelle et le taux de chirurgie ambulatoire des établissements de santé pour leur contribution à l'atteinte de la cible régionale.

Action N°2 : favoriser la mise en œuvre des programmes de récupération améliorée après chirurgie par des appels à projet en Corse afin de soutenir les établissements de santé les plus volontaires. Ces appels à projet intégreront la dimension de couverture territoriale et le lien avec la ville et les structures d'exercice coordonné pour les patients les plus éloignés en développant les outils de communications (MSS, DMP, FL) et en s'appuyant sur la télémédecine et la e-santé y compris dans son volet innovation.

Action N°3 : relayer les actions de communication grand public sur les avantages de la prise en charge ambulatoire afin d'accompagner le changement de paradigme sur l'hébergement en structures de soins et permettre au patient de devenir acteur de sa prise en charge par une information préopératoire et en obtenant son adhésion.

Indicateurs de suivi :

- ✓ suivi du taux de chirurgie ambulatoire pour la région et par établissement de santé
- ✓ suivi des établissements de santé engagés dans le RAAC
- ✓ suivi des programmes PRADO
- ✓ nombre de projets accompagnés

Objectif opérationnel N°2 : mettre en œuvre la structuration de certaines filières chirurgicales.

Le schéma régional de santé a pour objectif «d'approfondir, de renforcer et de fluidifier les parcours de santé dans leur ensemble». La structuration des filières doit répondre à trois objectifs : sécuriser certaines prises en charge au regard de recommandations des sociétés savantes, assurer une animation des territoires et rendre plus attractives certaines spécialités pour les usagers contribuant ainsi à une réduction des fuites et pour les nouveaux professionnels de santé en permettant un exercice varié.

Les spécialités nécessitant une approche par filières sont :

- la chirurgie pédiatrique,
- la chirurgie bariatrique,
- la chirurgie de la main notamment en urgence.

➤ **La chirurgie pédiatrique**

La circulaire ministérielle du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) de l'enfant et adolescent définissait une gradation de prise en charge en chirurgie avec la définition de centres spécialisés ayant une unité de chirurgie pédiatrique et des établissements de proximité.

Les centres spécialisés ayant une unité de chirurgie pédiatrique font appel à des compétences médicales et assurent une permanence des soins. Ces structures comportent une équipe chirurgicale spécialisée et spécifique pouvant prendre en charge les enfants 24 h/24. Les chirurgiens ont une activité chirurgicale pédiatrique exclusive à orientation préférentielle orthopédique ou viscérale (digestif, génito-urinaire). Ils s'engagent à suivre une formation continue dans leur discipline. L'équipe d'anesthésie-réanimation comprend des praticiens ayant une expérience pédiatrique et assurant la prise en charge continue des enfants de moins de 3 ans.

L'activité de chirurgie pédiatrique (patients de 0 à 17 ans), analysée à partir de l'exploitation des bases PMSI entre 2013 et 2016, enregistre une baisse globale, que l'on raisonne en terme de production des établissements (1620 séjours en C en 2013 / 1303 en 2016) ou qu'il s'agisse des fuites sur le continent (383 séjours en C en 2013/ 273 en 2016).

La répartition des activités entre les différentes structures sur la Corse- du-Sud et la Haute-Corse pour les disciplines viscérale et orthopédique est reprise dans les tableaux ci-dessous selon le lieu de résidence du patient.

Résidents de Corse du Sud :

	2015					2014				
	CHA	2A	Haute-Corse	fuites	total	CHA	2A	2B	fuites	total
Œil	2	8	0	48	58	1	15	1	38	55
ORL	68	75	27	26	196	60	80	19	35	194
digestif-génito-urinaire	55	133	17	22	227	62	106	21	32	221

Affections musculo-squelettiques	54	72	8	46	180	53	77	9	52	191
autres	30	31	16	30	107	20	47	9	44	120

Source PMSI

CHA : centre hospitalier d'Ajaccio

2A : Clinisud et Polyclinique du Sud de la Corse

Haute-Corse : tous les établissements de santé du département

fuites : prises en charge sur les établissements continentaux en majorité en PACA.

Le détail de l'activité d'orthopédie montre un case mix assez large d'interventions. Le focus âge pour les 0 à 4 ans met en évidence deux séjours pris en charge par les équipes du centre hospitalier d'Ajaccio. Concernant les affections génitales masculines, les séjours pour circoncisions représentent 63 séjours pour les établissements de santé privés de Corse-du-Sud versus 4 pour le secteur public.

Résidents de Haute Corse:

	2015				2014			
	CHB	2B	Fuites	total	CHB	2B	fuites	total
Œil	6	21	31	58	5	27	42	74
ORL	13	216	34	265	31	231	18	283
digestif-génito-urinaire	100	168	18	292	93	196	20	315
Affections musculo-squelettiques	50	88	33	177	55	109	58	231
autres	22	115	28	169	27	130	30	194

Source PMSI

CHB : centre hospitalier de Bastia

2B : clinique Filippi, polyclinique Maynard, polyclinique de Furiani

Fuites : prises en charge sur les établissements continentaux en majorité en PACA.

Le case mix en digestif et génito-urinaire montre une activité différente entre la structure publique et les structures privées où l'activité est représentée essentiellement par l'appendicectomie (50 séjours) et les circoncisions (52 séjours).

La Corse ne possède pas de centre spécialisé. Or, pendant le PRS 1 des recrutements de chirurgiens pédiatriques sont intervenus au sein des deux centres hospitaliers : un orthopédiste à Ajaccio et un viscéraliste à Bastia complétant l'offre existante (deux praticiens libéraux) et confortant la filière sur les deux services d'accueil des urgences des établissements recours en pédiatrie.

Ces nouveaux professionnels recrutés assurent une activité régionale puisqu'ils réalisent des consultations dans les deux centres hospitaliers ainsi que des actes de chirurgie sur les deux plateaux en fonction des disponibilités (ressources humaines et créneaux de bloc opératoire). Il est à noter que la réalisation des actes chirurgicaux pédiatriques nécessite un environnement anesthésique compatible avec les caractéristiques de l'enfant en s'appuyant sur des recommandations des sociétés savantes.

Dans ce contexte régional et au regard de nouveaux recrutements sur les deux grandes agglomérations, il convient de structurer la filière hors disciplines ORL et ophtalmologie rendant lisible cette dernière en interne et en externe avec un hébergement au sein des services de pédiatrie. Cette structuration permettrait de conforter la prise en charge sur le volet anesthésie et surveillance continue en l'absence de structure pédiatrique en Corse (absence de réanimation et de surveillance continue pédiatriques) pour des patients nécessitant soit un bref séjour soit une stabilisation avant transfert, organisation qui fait défaut aux professionnels insulaires.

Action N° 1 : mettre en place une organisation graduée de l'offre de soins s'articulant autour d'un « centre spécialisé régional » intégré au sein des deux centres hospitaliers, avec une collaboration avec les professionnels privés qui le souhaitent et en partenariat fort avec la région PACA permettant un rayonnement sur l'ensemble du territoire ; la mise en place d'un centre spécialisé n'exclut pas la prise en charge pédiatrique dans les établissements de santé sans unité de pédiatrie et ne disposant pas d'accueil H24 mais ayant des compétences en chirurgie pédiatrique.

Action N°2 : s'assurer de compétences en anesthésie réanimation pour la prise en charge des enfants de moins de 3 ans en lien avec les travaux sur les organisations prévus sur le volet soins critiques (objectif opérationnel 2 / action 1).

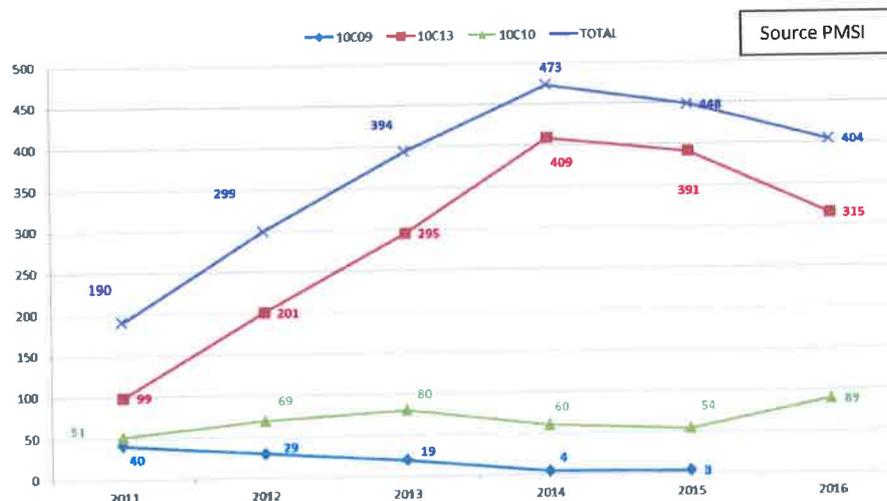
Indicateurs de suivi :

- ✓ mise en place du centre spécialisé chirurgie pédiatrique,
- ✓ suivi de l'activité permanence des soins en établissements de santé (PDES) en chirurgie pédiatrique.
- La chirurgie bariatrique

Le constat quantitatif :

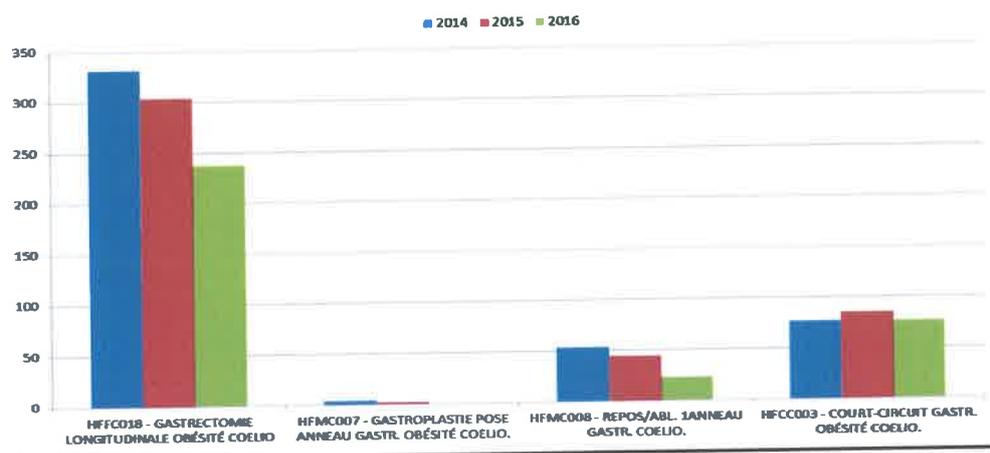
L'exploitation des bases PMSI pour les racines 10C09 (gastroplasties pour obésité), 10C13 (interventions digestives autres que les gastroplasties pour obésité) et 10C10 (autres interventions pour obésité) met en évidence à compter de 2015 une baisse du nombre de séjours dans les racines 10C09 et 10C13 et une augmentation des séjours dans la racine 10C10 qui regroupe les séjours concernant le repositionnement ou l'ablation d'un anneau gastrique.

Le diagramme ci-dessous reprend l'évolution des données depuis 2011 :



En 2015, le taux de recours standardisé (lissant effet population âge et sexe) pour la chirurgie bariatrique était de 1,22 en Corse pour un taux national à 0,73.

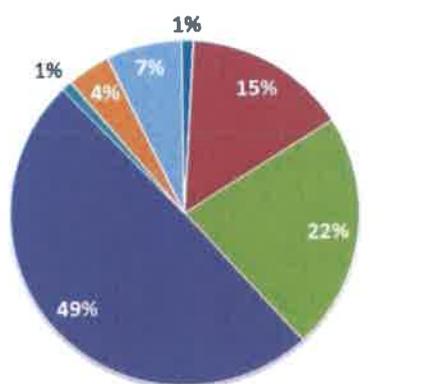
Concernant les actes les plus fréquents en Corse, on peut constater l'évolution suivante :



Source PMSI

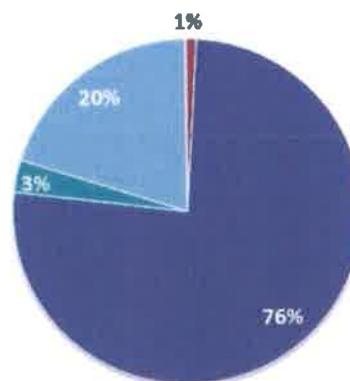
La répartition des deux actes les plus fréquents dans les établissements de santé producteurs est la suivante :

Focus HFFC018 :
gastrectomie longitudinale par coelioscopie



■ AQUITAINE-LIMOUSIN-POITOU-CHARENTES
 ■ CLINISUD
 ■ ILE-DE-FRANCE
 ■ PACA

Focus HFCC003 :
court-circuit gastrique coelioscopie



■ CENTRE HOSPITALIER D'AJACCIO
 ■ POLYCLINIQUE MAYMARD
 ■ LANGUEDOC-ROUSSILLON-MIDI-PYRENEES

L'organisation en Corse :

Le constat sur la filière est le suivant :

- difficultés de collecte des données épidémiologiques en Corse,
- absence de structures de coordination (pas de réseau, pas de Centre Spécialisé Obésité- CSO),

- absence d'animation sur cette filière par l'absence de CSO,
- existence d'un établissement de soins de suite et de réadaptation (SSR) avec mention affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien (à vocation régionale),
- absence de dérogations tarifaires pour les diététiciens et psychologues en l'absence de réseau,
- autorisations des deux programmes d'éducation thérapeutique,
- mise en place des IPAQSS obésité en 2017,
- souhait d'implication par des opérateurs dans le domaine des transports.

Pour mémoire l'instruction ministérielle du 29 juillet 2011 précisait la mise œuvre du plan obésité 2010-2013 par les ARS. L'ambition de ce plan était de donner une lisibilité à l'organisation de l'offre de soins, accessible à tous et cohérente afin de renforcer la qualité et la sécurité des soins. L'organisation d'un recours spécialisé en établissement de santé respectant la logique de gradation des soins était prévue par la reconnaissance de centres spécialisés pour lesquels un cahier des charges a été produit. Les centres spécialisés ont deux missions principales :

- **prendre en charge l'obésité sévère** : les centres spécialisés interviennent pour les situations les plus complexes et les soins spécifiques. Ces centres disposent de l'expertise (nutrition, endocrinologie-métabolisme, psychologie, diététique...) et des équipements adaptés requis ;
- **promouvoir la prise en charge pluridisciplinaire et contribuer à l'organisation de la filière** dans chaque région, rendre l'offre plus lisible pour les patients comme pour les professionnels et faciliter la diffusion des compétences sur le territoire.

Action N° 1 :

- mettre en place en Corse un centre spécialisé obésité (CSO) en concertation avec les acteurs impliqués dans la prise en charge sous l'impulsion de l'ARS (groupe technique ad hoc) en s'appuyant sur des expériences de centres multi-sites sur le territoire national.
- favoriser les nouveaux outils de communication (réunion de concertation pluri-disciplinaire – RCP en visioconférence, informatisation des plans personnalisés de soins - PPS, programmes ETP) facilitant les échanges sur les pratiques professionnelles ainsi que pour la prise en charge des patients.

Action N°2 : intégrer dans les travaux du groupe technique précédemment décrit la réflexion sur la chirurgie du patient obèse en Corse, quel que soit la spécialité.

Indicateur de suivi : opérationnel n°2 -filière bariatrique :

- ✓ mise en place effective du centre CSO ;
- ✓ suivi du nombre de RCP ;
- ✓ suivi du nombre de PPS.

➤ La chirurgie de la main notamment en urgence

Le constat quantitatif :

L'exploitation des bases PMSI a permis de recenser les séjours comportant des actes de chirurgie de la main. La limite de cette exploitation est l'absence de lisibilité sur les actes réalisés en urgence et les actes programmés.

Le constat est le suivant :

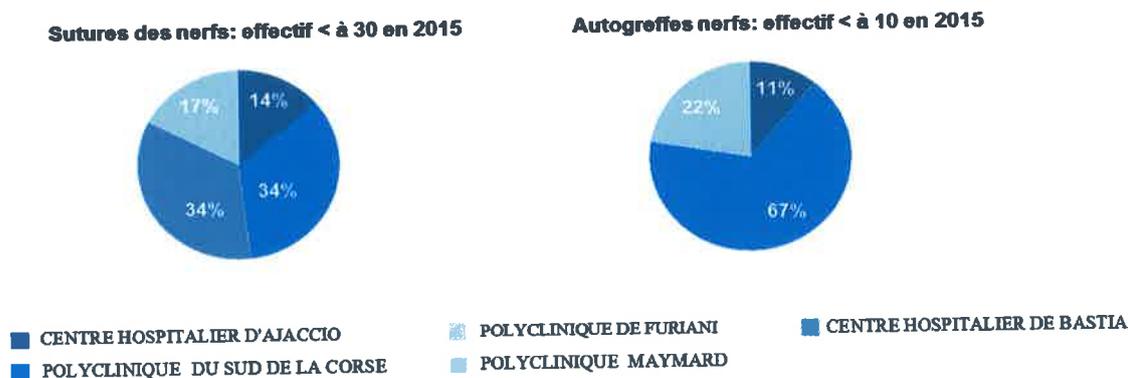
- des volumétries très faibles pour certains actes,
- des lieux de prise en charge différents selon les actes : sur l'ensemble des structures autorisées à une activité de soins de chirurgie pour certains actes, sur quelques plateaux techniques pour d'autres actes,

- des interrogations sur la fiabilité de certains codages d'actes : pontages ou sutures d'artères, réimplantations de doigts

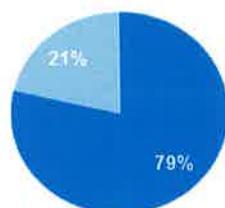
Les actes réalisés sur la plupart des plateaux techniques concernent :

- les fractures avant-bras, ou poignet ou os de la main,
- les réductions de luxations poignet ou doigts,
- les tenosynovectomies des extenseurs au poignet ou réparation de plaie de l'appareil extenseur des doigts,
- les arthrodèses main,
- les pathologies infectieuses avant-bras, ou main, ou doigt,
- les corps étrangers.

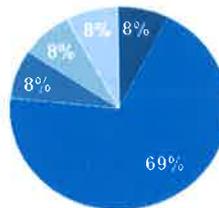
Les actes réalisés sur certains plateaux techniques (source PMSI) concernent :



Suture ou réinsertion ligament articulaire: effectif < à 20 en 2015



Suture ou plastie de l'appareil capsulo-ligamentaire de plusieurs articulations métacarpo-phalangiennes effectif < à 14 en 2015



Source PMSI 2015

Action N°1 : assurer pour les urgences un accès vers un centre spécialisé en organisant un appel à projet sur la prise en charge de la main aux horaires PDES et en intégrant dans l'appel à projet la reconnaissance de l'établissement par la Fédération Européenne des Services d'Urgences Mains (FESUM). La FESUM a pour mission essentielle d'accréditer des centres capables de prendre en charge n'importe quel traumatisme de la main 24 h/24 et 7 jours/7 par une équipe spécialisée. Les critères d'accréditation concernent la qualification des chirurgiens, leur nombre, la disponibilité des équipes, l'activité minimale, l'environnement paramédical.

Indicateurs objectif opérationnel n°2, chirurgie de la main en urgence

- ✓ suivi de l'activité PDES main,
- ✓ suivi des plaintes chirurgie de la main (rapport Commissions Des Usagers et plaintes portées à la connaissance de l'ARS).

Objectif opérationnel N°3 : maintenir les effectifs ressources humaines et rendre attractif la Corse par la structuration des filières.

L'élargissement du champ d'exercice des IBODE est intervenu en référence aux dispositions du décret du 27 janvier 2015 et de l'arrêté du 27 janvier 2017 relatif aux actes et activités et à la formation complémentaire. L'Instruction ministérielle du 27 avril 2017 précise le champ d'exercice des IBODE ainsi que les conditions de mise en place de la VAE pour l'obtention du diplôme d'état d'IBODE. Elle décrit le dispositif de simplification et d'accompagnement des parcours mixtes, la composition et le rôle du jury de VAE ainsi que l'accompagnement des établissements dans le processus de qualification des infirmiers travaillant au bloc opératoire.

L'ensemble des infirmiers entrés en formation depuis mars 2015 a été formé à la réalisation des nouveaux actes et activités. Pour les IBODE en activité avant la parution du décret précité, une formation complémentaire de 49 heures doit être validée avant le 31 décembre 2020 pour exercer ces nouveaux actes et activités. En outre, les référentiels d'activités et de compétences du métier d'IBODE ont été actualisés.

L'arrêté du 19 décembre 2016 prévoit en annexe la liste des écoles d'IBODE compétentes pour accueillir les professionnels ayant validé partiellement le diplôme en VAE. Pour la Corse, l'école la plus proche est l'école régionale d'Infirmiers de bloc opératoire de l'AP-HM.

Un état des lieux réalisé à partir des données des visites de conformité et actualisé lors des dossiers de renouvellement de l'activité de soins de chirurgie fait état d'un pourcentage de 15 % d'IBODE dans l'effectif IDE dans les blocs opératoires de la Corse. Il est donc indispensable de communiquer et suivre la mise en conformité des blocs opératoires des établissements de santé autorisés à cette activité de soins.

Pour les établissements de soins de Corse, l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) a mis en place des actions d'accompagnement des candidats à la VAE, accessibles également aux établissements privés.

Ces actions pourront être renouvelées en tant que de besoin et leur financement est assuré à hauteur de 85% par l'ANFH et 15% par le plan de formation des établissements.

La réforme du 3^e cycle des études médicales mise en place en septembre 2017 s'articule autour d'un parcours progressif structuré en 3 phases :

- la phase socle (phase 1) : acquisition des connaissances de base de la spécialité et des compétences transversales nécessaires à l'exercice de la profession ;
- la phase d'approfondissement (phase 2) : acquisition approfondie des connaissances et des compétences nécessaires à l'exercice de la spécialité ;
- la phase de consolidation (phase 3) consolidation de l'ensemble des compétences professionnelles nécessaires à l'exercice et autonomisation croissante de l'interne.

Les agréments des lieux de stages sont spécifiques à chaque phase et à chaque spécialité et doivent permettre à l'interne d'approcher tous les modes d'exercice et types de structures.

S'agissant de la chirurgie, la nouvelle réforme prévoit une réorganisation des différentes composantes de la discipline chirurgicale avec notamment la suppression de la notion de chirurgie générale et le passage à une filiarisation de la discipline par la création de 13 diplômes d'études spécialisées (DES) qui deviennent l'unique diplôme de spécialité (suppression des diplômes d'études spécialisées complémentaires - DESC).

L'ARS poursuivra ses actions pour promouvoir et développer les terrains de stage en Corse avec pour objectif d'ancrer sur le territoire les futurs praticiens, en particulier dans les disciplines en tension.

En effet, la mise en œuvre de la réforme de l'internat ne doit pas conduire à une application restrictive des critères d'agrément prévus par les maquettes de spécialités de la part de certains coordonnateurs de spécialité, conduisant à une sur-mobilisation des agréments en centres hospitaliers universitaires au détriment des hôpitaux périphériques, déjà pénalisés par ailleurs par la mise en place d'un taux d'inadéquation sur les postes offerts au choix des internes.

Action N°1 : communiquer et suivre la programmation des formations IBODE et l'impact du processus de qualification des personnels et de mise en conformité sur le fonctionnement des blocs opératoires.

Action N°2 : suivre l'évolution de la préparation de la validation des acquis des connaissances pour le diplôme d'IBODE mise en place à l'IFSI d'Ajaccio et prévoir un volet spécifique sur le futur schéma de formation sur la base de l'évaluation des besoins fournie par les établissements.

Action N°3 : maintenir et développer les terrains de stage ainsi que les postes d'assistants partagés en chirurgie.

Indicateurs de suivi :

- ✓ suivi du pourcentage des IBODE dans les blocs opératoires
- ✓ suivi du nombre d'internes et assistants.

Objectif opérationnel N°4 : disposer de données d'activité permettant une vision analytique prospective et partagée avec les opérateurs.

L'insularité, la faible démographie et le relief de la Corse doivent être des leviers pour fédérer les projets et les structurer au mieux pour permettre des filières de chirurgie spécialisée sécurisées, pérennes intégrant l'innovation dans un contexte économique contraint.

Dans ce contexte l'analyse du fonctionnement des plateaux et de leur attractivité doit faire appel à des données fiables et partagées afin d'anticiper au mieux les évolutions nécessaires.

Action N°1 : mettre en place un groupe technique piloté par l'ARS rassemblant l'assurance maladie et l'ensemble des opérateurs autorisés afin d'élaborer une méthodologie pour analyser l'activité de nos plateaux et les fuites hors région et pour permettre une vision prospective sur cette activité de soins.

Ce groupe pourra s'entourer d'expertise si nécessaire. Cette vision partagée de l'évolution de l'activité donnera à la spécialité une dimension structurante régionale.

Objectifs quantifiés (Implantations)

Activité de soins	Nombre d'implantations existantes PRS1	Suppression	Création	Nombre d'implantations cibles PRS 2
Chirurgie y compris ambulatoire	7	0 à 1*	0	7 à 6*

* si restructuration des plateaux techniques.

1.6. La périnatalité (gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale)

La périnatalité se définit comme l'ensemble des processus liés à la naissance, depuis la contraception jusqu'aux premiers mois de la vie du nourrisson, en passant par le désir d'enfants, le diagnostic anténatal, la grossesse, l'interruption volontaire de grossesse, l'accouchement et l'allaitement.

L'OMS définit la période périnatale comme la période située entre la 28ème semaine de grossesse (environ 6 mois) et le septième jour de vie après la naissance.

Actuellement le terme périnatalité couvre une période plus large et concerne tous les évènements survenant pendant la grossesse, l'accouchement et la période néonatale.

Le volet PRS périnatalité s'intéresse également à la santé sexuelle de la femme qui a une incidence directe sur sa maternité. A ce titre, l'accès à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) ainsi que la politique de prévention des infections sexuellement transmissibles sont inscrits dans ce volet.

Diagnostic

En Corse, la population des femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) s'établit en 2016 à 60.306 soit 0.42% rapporté à la même population France entière.

Il est à souligner que 30 % des familles monoparentales et 20,5% des enfants entre 0 et 5 ans vivent sous le seuil de pauvreté.

Taux	Description	France entière	Corse
Fécondité	Nb naissances vivantes /population femme en âge de procréer	5,4	4,1
Indice conjoncturel fécondité	Somme des taux de fécondité par âge observés pendant l'année	1,9 enfant par femme	1,57
Taux de mères âgées de + de 35 ans		21,3%	22,4%
Taux de natalité pour 1000 hab	Nb naissances vivantes /population totale	12,8	9,7
Taux de prématurés	Taux de nouveaux-nés dont le poids est inférieur à 1500gr et avant terme (grossesse inf à 32 semaines d'aménorrhées - SA)	1,30%	0,4%
Taux mortalité infantile pour 1000 naissances	le rapport entre le nombre d'enfants morts avant l'âge d'un an sur le nombre total d'enfants nés vivants	3,6	3
Taux de césariennes programmées	Nb d'accouchements réalisés par césarienne hors urgence/ nb total	6,3%	7,4%

Activité 2016 des établissements de santé autorisés :

Etablissements	lits	activité			césariennes	
		Nb d'accouchements	Nb de naissances	dont moins de 37 SA	taux	dont programmées
CH Ajaccio	29	1000	1026	56	20,10%	27,86%
Polyclinique du Sud de la Corse	8	208	209	3	25,96%	44,44%
CH Bastia	36	1013	1049	78	17,18%	27,01%
Polyclinique Maymard	16	601	603	15	28,79%	49,13%
TOTAL	89	2822	2887	152	21,32%	35,22%

A noter : 5 accouchements (5 naissances) en dehors des maternités dont 2 au centre hospitalier de Calvi-Balagne par voies basses spontanées entre 33 et 36 SA.

La contraception et l'IVG en 2016

La Corse présente un des taux les plus élevés de femmes ayant recours à l'IVG : 17 pour 1000 femmes en âge de procréer (de 15 à 49 ans) versus 14 France entière. De plus, 10 pour 1000 femmes sont des mineures âgées de 15 à 17 ans versus 6,6 France entière.

Un plan régional est défini pour améliorer l'accès à la contraception et à l'IVG sur la base des constats suivants :

- les IVG réalisées en Corse sont à 80% médicamenteuses en 2015.
- environ 90% des IVG sont réalisées en établissements de santé.
- les délais de rendez-vous pour une IVG varient de 1 à 5 jours maximum en établissements de santé, conformément aux préconisations du plan national IVG.
- l'accès à l'IVG est développé sur tout le territoire de la Corse-du-Sud et se structure en Haute-Corse.
- la nécessité d'une formation spécifique des personnels dédiés du secrétariat en établissement de santé.

L'offre en prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) :

L'offre (dépistages – vaccinations) est portée par le Centre Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic (CEGIDD) de la CdC en Corse-du-sud et celui du centre hospitalier de Bastia en Haute-Corse.

Des consultations de proximité sont organisées sur Ajaccio, Cargèse, Sartène/Propriano, Bonifacio, Porto Vecchio

Autres acteurs de la prévention VIH VHC :

D'autres acteurs interviennent dans le domaine de la prévention : Association Aiutu Corsu et Corsica Sida.

Le rôle du Comité de Coordination Régional de lutte contre le VIH (COREVIH) PACA Ouest Corse est d'améliorer le lien entre la prévention, le dépistage, le soin, la prise en charge hospitalière et extra-hospitalière, notamment par des actions d'informations et de formations.

Constat après le PRS1 (points forts et points faibles) :

- création en 2015 d'un réseau unique de périnatalité « Méditerranée » regroupant les trois réseaux qui intervenaient en PACA, en Corse et à Monaco. Les quatre maternités de Corse ont adhéré à ce réseau. A noter qu'auparavant les établissements de Haute-Corse et de Corse du Sud n'appartenaient pas aux mêmes réseaux. Cette adhésion à un même réseau permet un développement des coopérations avec, notamment, l'harmonisation de tous les protocoles de prise en charge. Ce réseau assure également des actions de formations et des journées scientifiques (à Corte en juin 2016) ;
- formation des professionnels de santé sur la contraception en Corse du Sud et sur les IVG médicamenteuses en Haute-Corse ;
- travaux de rénovation dans le bloc opératoire d'une des cliniques assurant l'obstétrique améliorant la qualité et la sécurité des soins dans une zone éloignée des établissements de recours ;
- mise en place et généralisation du dépistage de la surdité chez les nouveau-nés ;
- conventions entre maternités de niveaux différents non encore signées ;
- taux de césariennes restant élevé ;
- nécessité de sensibiliser les médecins de Haute-Corse à l'IVG médicamenteuse ;
- harmonisation nécessaire du recueil des données relatives à la surveillance de la grossesse et aux consultations postnatales en lien avec la PMI et l'Assurance Maladie.

Les axes de travail pour le PRS 2 :

- améliorer l'accès à la contraception,
- travailler les filières de prise en charge et les coopérations entre maternités de la région et vers le type 3 hors région,
- maintenir les implantations actuelles pour la périnatalité au regard de la démographie en médecins spécialistes et des actions spécifiques que le PRS développe sur cet axe.

Objectif N°1 du COS : appuyer les politiques de santé sur les socles de la prévention et de la promotion de la santé.

Développer la prévention des grossesses non désirées et la prévention des IST.

Objectif opérationnel N°1 : soutenir le développement du plan régional d'accès à la contraception et à l'IVG :

- améliorer la lisibilité des acteurs en Corse ;
- permettre à chaque femme de maîtriser le moment de son projet de grossesse.
- en lien avec le réseau méditerranéen périnatalité :
 - améliorer l'accès à l'IVG sur tous les territoires,
 - améliorer l'information du public sur la contraception et l'IVG.

Le plan régional est en cours de réalisation avec, en 2016, le financement par l'ARS des actions de sensibilisation (menées par l'Union de Gestion des Réalisations Mutualistes - UGRM de Haute-Corse) autour de la sexualité et de la contraception dans les établissements scolaires sur le grand Bastia. En Corse-du-Sud, ce sont des actions de communication qui ont été réalisées sur les méthodes contraceptives en lien avec l'ex-conseil départemental.

D'autres actions sont prévues :

- formation des secrétariats à l'accueil téléphonique sur l'IVG et la contraception ;
- formation des professionnels de santé à l'IVG médicamenteuse ;
- analyse des données de l'IVG par le statisticien de l'ARS ;
- actions d'information : guides IVG, répertoire des lieux pratiquant l'IVG et consultations contraception en lien avec les actions des contrats locaux de santé ;
- sensibiliser les médecins de Haute Corse afin de développer les IVG médicamenteuses sur ce territoire.

Le Plan santé sexuelle, s'inscrivant dans la **Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030**, est en cours d'élaboration et intégrera les objectifs du plan régional d'accès à la contraception et à l'IVG.

Action N°1 : maintenir et développer des actions et consultations contraception, avec une attention particulière aux 15-18 ans.

Action N°2 : homogénéiser l'offre régionale de prise en charge des IVG et développer les IVG à domicile en Haute-Corse.

Action N°3 : inscrire l'action des sages-femmes dans le suivi gynécologique des femmes (consultation contraception) et permettre sa diffusion en reprenant les outils nationaux existants.

Action N°4 : aborder dès l'entretien prénatal précoce (EPP) le contexte de la grossesse pour anticiper l'après grossesse au niveau contraception. Cette action devra être déployée par l'ensemble des professionnels mettant en œuvre l'EPP, avec l'appui du réseau de périnatalité.

Indicateurs de suivi :

- ✓ taux d'IVG
- ✓ taux d'IVG chez les mineures âgées de 15-17 ans
- ✓ part IVG hospitalière et non hospitalière
- ✓ part des IVG médicamenteuse

Objectif opérationnel N°2 : objectiver et développer la prévention des IST :

Action N°1 : développer la remontée des données sur les IST en Corse.

Action N°2 : mettre à disposition des usagers une offre gratuite de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles en particulier en Haute-Corse.

Action N°3 : améliorer le parcours de santé en matière d'IST dont le VIH et les hépatites virales : prévention, dépistage, prise en charge.

Objectif opérationnel N°3 : améliorer le suivi de sa grossesse et favoriser les actions en faveur de la parentalité.

La grossesse est un moment indiqué pour sensibiliser les futurs parents sur les facteurs pouvant avoir un retentissement défavorable sur la santé de leur bébé. Cette sensibilisation concerne :

- les risques sur le déroulé de la grossesse et la santé du nouveau-né : tabac/alcool/ diabète gestationnel/ les perturbateurs endocriniens.
- l'approche de l'environnement social et familial de la femme à prendre en compte pour repérer précocement les risques psycho-sociaux : dépression ante et post-partum, troubles de l'attachement.

Action N°1 : systématiser la pratique de l'entretien prénatal précoce : information et collecte des données auprès des gynécologues obstétriciens et des sages-femmes et mobilisation du réseau périnatal sur cette pratique (formation, collecte, exploitation des données).

Action N°2 : sensibiliser la femme enceinte aux risques et l'accompagner vers le dispositif de prise en charge ad hoc :

- surveillance des risques addictifs (tabac, alcool, autres substances),
- surveillance de l'alimentation et des troubles nutritionnels (diabète gestationnel, carences,...)
- surveillance des risques HTA,...
- repérage des risques psychologiques pouvant avoir des conséquences sur le lien maternel et/ou paternel

Action N°3 : s'assurer de la mise en œuvre des staffs pluri-professionnels dans chaque maternité pour les grossesses complexes : ces staffs devront associer le secteur social, le secteur libéral et la psychiatrie.

Un accompagnement méthodologique pourra être recherché auprès du réseau de périnatalité.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de consultations avancées de gynécologues obstétriciens et de sages-femmes sur le territoire
- ✓ nombre d'entretiens prénatals précoces réalisés

Objectif stratégique N°4 du COS : assurer un accès de proximité à un système de santé gradué et de qualité.

Le maintien de l'accessibilité aux maternités en termes de délais mérite une attention particulière sur le territoire. Compte tenu de l'objectif d'accessibilité, l'activité de la maternité de la polyclinique du sud de la Corse (maternité avec une activité de moins de 300 accouchements), distante de plus de deux heures de route des autres maternités de Corse, est maintenue dans le maillage territorial.

Objectif opérationnel N°1 : poursuivre et accroître le repérage et la prévention des risques autour de l'accouchement.

La grossesse et l'accouchement sont des processus physiologiques et naturels qui nécessitent un accompagnement respectant la sécurité affective (un accompagnement médico-psycho-social du ou des futur(s) parent(s)) et un suivi médical assurant une prise en charge adaptée. Elle mérite de la part des professionnels de santé une écoute et un dialogue particuliers. Le repérage des risques est l'élément fondamental pour les praticiens : les examens de dépistage, la surveillance médicale régulière participent à ce repérage.

Pour la majorité des grossesses, le risque est faible, ce qui implique :

- d'adapter les pratiques médicales et soignantes pour que cet évènement soit respectueux de la physiologie ;
- de privilégier le confort de la femme accouchant et du nouveau-né ;
- et de promouvoir l'allaitement maternel y compris au cours de l'EPP.

Action N°1 : adapter les plateaux techniques et former les professionnels aux bonnes pratiques d'un accouchement à bas risque.

Grâce aux outils définis (protocole d'accouchement physiologique, par exemple), des formations et EPP) mises en œuvre, le réseau impulse un accompagnement à l'évolution des pratiques.

Action N° 2 : mettre en place un groupe technique impliquant les opérateurs (maternités, SAMU, réseau) pour :

- harmoniser les transferts inter région : en 2016, on compte 21 transferts pour pédiatrie dont 11 néonatalogie pour la CH Ajaccio et 20 transferts de néonatalogie pour le CH Bastia ;
- harmoniser et protocoliser les transferts en région : 15 transferts du niveau 1 (polyclinique du Sud de la Corse) vers le niveau 2B (centre hospitalier d'Ajaccio) dont 6 détresses respiratoires et 2 ayant nécessité des transferts vers le niveau 3 (données 2016) ;
- faciliter l'accueil des femmes pour éviter les séparations maman/bébé durant le 1^{er} mois de naissance ;
- finaliser les protocoles de transferts à des fins d'application et d'évaluation.

Action N°3 : conforter le dépistage néonatal (DNN) en lien avec le centre régional de dépistage néonatal (CRDN) en intégrant un temps de coordination sur le territoire corse en lien avec le réseau de périnatalité.

La réalisation du DNN chez tous les nouveau-nés est un objectif essentiel du programme national.

Le DNN a pour objectif la prévention secondaire de maladies à forte morbi-mortalité, dont les manifestations et complications surviennent dès les premiers jours ou les premières semaines de vie et peuvent être prévenues ou minimisées par un traitement adapté s'il est débuté très précocement.

A compter du 1^{er} mars 2018, l'association AREDEMAG qui assurait pour les régions PACA et Corse l'ensemble des dépistages (biologiques et surdité) n'interviendra plus pour le dépistage néonatal. C'est le CRDN PACA Corse, installé à l'APHM qui interviendra. Le temps de coordination spécifique à la Corse intégré au réseau périnatalité permettra une meilleure réactivité de l'ensemble des acteurs sur ce volet dépistage.

Le dépistage de la surdité permanente néonatale (DSPN), n'est pas directement concerné par l'évolution du DNN, mais sera impacté par cette nouvelle organisation du DSPN.

Action N° 4 : questionner l'offre sur :

- l'adaptation des pratiques aux recommandations émises par les sociétés savantes ou la HAS, aux critères d'efficacité énoncés dans le PAPRAPS, dont l'évaluation sera réalisée à l'occasion des renouvellements d'autorisation ;
- la pratique de césariennes en intégrant cette thématique dans le Plan d'Action Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins (PAPRAPS) et en participant à l'Évaluation des Pratiques Professionnelles animée par le réseau sur cette pratique ;
- la mise en œuvre des évolutions de compétences entre les différents professionnels. Ces évolutions intégreront les volets réglementaires, les protocoles de coopération, les dispositifs de formation continue auprès des médecins généralistes (intégration dans le parcours pour les zones à faible densité de spécialistes) ;
- l'ouverture de plateaux techniques aux sages-femmes libérales, notamment pour les accouchements physiologiques ;
- le déploiement de consultations avancées et de téléconsultations ;
- la faisabilité d'un projet d'un centre périnatal de proximité sur la base du diagnostic territorial de Balagne et en lien avec le projet médical partagé du GHT de Haute Corse ;
- l'opportunité d'un regroupement des maternités sur Bastia, dans un objectif de pérennité et d'efficacité de cette activité de soins.

Action N°5 : généraliser la mise en place d'un entretien post-natal dans le mois suivant l'accouchement, en s'appuyant sur les sages-femmes libérales et en concertation avec les réseaux de PMI, notamment en y associant les puéricultrices.

Action N°6 : favoriser la formation des professionnels de santé en particulier dans le cadre de simulation haute-fidélité et de formation par équipes concernant les hémorragies de la délivrance et la pratique de la réanimation en salles de naissance

Indicateurs de suivi :

- ✓ taux de participation au DNN (nombre de nouveau-nés ayant eu un DNN + nombre de nouveau-nés n'ayant pas eu de DNN par refus parental/nombre d'enfants nés vivants dans le territoire du CRDN)
- ✓ évolution du taux de césariennes.

Objectif opérationnel N°2 : définir une organisation graduée avec le Centre Régional Mort Inattendue du Nourrisson (CRMIN) concernant l'autopsie des nourrissons corses décédés et la fœtopathologie.

Une réflexion est en cours pour rattacher les établissements de Corse à un CRMIN unique. Cette réflexion devra aborder :

- le transport des corps vers les hôpitaux insulaires et vers le CRMIN ainsi que son financement ;
- l'accompagnement des parents et des familles ;
- l'autopsie ou autres techniques ;
- l'apport de la télémédecine ;
- l'analyse et la restitution des résultats en vue d'un projet parental ;
- le retour des corps et son financement.

Indicateurs de suivi :

- ✓ protocole d'organisation entre les maternités et avec le CRMIN mis à jour et évalué chaque année

Gynécologie obstétrique, néonatalogie et réanimation néo-natale

Objectifs quantifiés (Implantations)

Activité de soins Gynécologie obstétrique, néonatalogie et réanimation néo-natale	Nombre d'implantations existantes PRS1	Suppression	Création	Nombre d'implantations cibles PRS 2
Maternités Type II B	2	0	0	2
Maternités Type I	2	0 à 1*	0	2 à 1*

*Si restructuration (hypothèse de regroupement d'une maternité de type II B et d'une maternité de type I)

1.7. Assistance médicale à la procréation (AMP), activité de diagnostic prénatal (DPN) et génétique

(Activités cliniques et biologiques d'AMP et activités biologiques de diagnostic prénatal – examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes à des fins médicales)

➤ L'assistance médicale à la procréation (AMP) :

Elle s'adresse à des couples confrontés à une infertilité médicale et à des personnes sur lesquelles pèse une menace pour leur fertilité. Dans le premier cas, il s'agit d'aider les couples à concevoir et dans le deuxième cas, il s'agit de préserver la fertilité de patients exposés par exemple à des traitements médicaux potentiellement stérilisants. Les activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation mentionnées à l'article R.2142-1 du code de la santé publique (CSP) comprennent :

- les activités cliniques : prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation, prélèvement de spermatozoïdes, transfert des embryons en vue de leur implantation, prélèvement d'ovocytes en vue d'un don, mise en œuvre de l'accueil des embryon ;
- les activités biologiques :
 - préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle,
 - activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation comprenant notamment le recueil et la préparation et la conservation du sperme ainsi que la préparation et la conservation des ovocytes.
 - recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don,
 - préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don,
 - conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 du CSP,
 - conservation des embryons en vue d'un projet parental,
 - conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci.

➤ Le diagnostic prénatal (DPN) :

Il s'entend au plan pratique de l'ensemble des moyens médicaux mis en œuvre au cours de la grossesse pour « détecter in utéro chez l'embryon ou le fœtus une affection d'une particulière gravité » (article L. 2131-1 du CSP). Ces moyens relèvent de la clinique, de la biologie et de l'imagerie.

Lorsque l'anomalie fœtale détectée est considérée comme ayant une « forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité réputée comme incurable au moment du diagnostic » (art. L. 2231-1 du CSP), les centres pluri-disciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN) ont la charge de l'attester. Ceci rend alors possible, si les parents le souhaitent, l'interruption volontaire de la grossesse pour motif médical (IMG). Dans le cas contraire, les CPDPN ont la charge de contribuer au suivi de la grossesse, à l'accouchement et à la prise en charge du nouveau-né dans les meilleures conditions de soins possibles.

Les CPDPN participent au dispositif d'encadrement des activités de DPN et de diagnostic biologique effectué à partir de cellules prélevées sur l'embryon in vitro (diagnostic préimplantatoire ou DPI).

Concrètement, ils ont pour mission d'aider les équipes médicales et les couples dans l'analyse, la prise de décision et le suivi de la grossesse lorsqu'une malformation ou une anomalie fœtale est détectée ou suspectée et lorsqu'une transmission héréditaire de maladie dans une famille amène à envisager un diagnostic prénatal ou préimplantatoire.

➤ **La génétique :**

Un examen de génétique postnatal consiste à analyser les caractéristiques génétiques héritées ou acquises à un stade précoce du développement prénatal. Cette analyse a pour objet (article R. 1131-1 du CSP) :

- soit de poser, de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie à caractère génétique chez une personne ;
- soit de rechercher les caractéristiques d'un ou plusieurs gènes susceptibles d'être à l'origine du développement d'une maladie chez une personne ou les membres de sa famille potentiellement concernés ;
- soit d'adapter la prise en charge médicale d'une personne selon ses caractéristiques génétiques.

Différentes techniques permettent d'analyser ces caractéristiques génétiques :

- si l'anomalie génétique est visible au niveau du chromosome, les techniques utilisées seront le plus souvent des techniques de cytogénétique (caryotype) y compris de cytogénétique moléculaire ;
- si l'anomalie se situe au niveau de la molécule d'ADN, du gène, une technique de génétique moléculaire sera plutôt employée.

Cette frontière autrefois franche entre cytogénétique et génétique moléculaire tend à disparaître avec l'avènement de techniques qui permettent d'appréhender des remaniements chromosomiques au niveau moléculaire (analyse chromosomique par puce à ADN ; techniques de séquençage à haut débit aussi appelées séquençage de nouvelle génération).

L'enjeu national au niveau de cette discipline d'une grande technicité est :

- l'adaptation du suivi du dépistage de la trisomie 21 à la mise en place de la technique de dépistage à partir du séquençage de l'ADN foetal libre circulant dans le sang maternel,
- l'encadrement des pratiques et évaluation de l'activité des laboratoires de DPN compte-tenu du développement des nouvelles techniques,
- l'encadrement des pratiques et évaluation de l'activité des laboratoires de génétique compte-tenu du développement des nouvelles techniques.

Diagnostic

➤ **L'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) :**

- il n'y a pas de centre clinico-biologique d'assistance à la procréation, la prise en charge se fait essentiellement en région PACA ,
- un laboratoire autorisé : en Haute-Corse, une structure et deux médecins biologistes sont autorisés à pratiquer une activité biologique d'AMP sur les activités de préparation et de conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle,
- l'activité prévisible : file active de 200 couples (ratio ABM 0.4 % des femmes en âge de procréer, soit pour 51 000 femmes résidant en Corse : 204 femmes),
- le nombre de tentatives par nombre de femmes en âge de procréer dans l'île (pour 10000) 21,15 en Corse versus 45,15 France entière (données 2014),
- la polyclinique Maynard travaille avec les équipes de Marseille et le laboratoire Vialle : suivi des stimulations, des grossesses.

➤ **Le Diagnostic Pré Natal (DPN) :**

Aucun CPDPN n'est autorisé en Corse.

Si l'on se réfère aux données 2015 de l'agence de biomédecine, le nombre de femmes résidant en Corse dont le dossier a été examiné par un CPDPN (quelle que soit la situation géographique du CPDPN) était de 65.

En considérant le nombre de naissances domiciliées en Corse (2 866), le taux de recours à un CPDPN est de 2,3% versus 4,0% au niveau national.

Les femmes domiciliées en Corse et dont le dossier a été examiné par un CPDPN ont eu recours majoritairement au CPDPN de la région PACA (93,9%).

➤ La génétique :

1) Les aspects cliniques.

Des consultations avancées de génétique (hors cancer) sont mises en place au centre hospitalier de Bastia et assurées par des équipes du centre hospitalier universitaire de Marseille.

Le centre de référence régional PACA des maladies rares neuromusculaires effectue des consultations multidisciplinaires au centre hospitalier de Bastia (enfants, adultes) et au centre hospitalier d'Ajaccio (adultes).

2) Les aspects biologiques.

Aucun praticien ou laboratoire de biologie médicale n'est agréé en Corse pour les examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou l'identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales. Le recours à ces examens est effectué sur le continent et notamment en région PACA.

Les laboratoires autorisés pour cette pratique en région PACA représentent 7,1 % de l'offre France entière. L'activité déclarée de ces laboratoires représente :

- 3,3 % des caryotypes français et 4,2 % des examens de génétique moléculaire.
- 5 % des examens réalisés par puces (analyses pangénomiques) et rendus au prescripteur.

Cette région offre 56 diagnostics qui ne sont proposés par aucun autre laboratoire sur le territoire national. En 2016, la technique de NGS a été utilisée au moins une fois par 5 laboratoires de PACA.

Comme le souligne l'agence de biomédecine, la génétique postnatale concerne le plus souvent des maladies rares pour lesquelles l'offre de soins s'analyse plutôt au niveau national qu'au niveau régional.

Seule une organisation en réseau au minimum national permet de centraliser les cas et peut garantir une expertise suffisante des laboratoires. L'agence de biomédecine a recueilli la liste des pathologies étudiées par chaque laboratoire de génétique moléculaire (y compris pharmacogénétique) et de [CGH array](#)⁶.

Objectif stratégique N°4 du COS : assurer un accès de proximité à un système de santé gradué et de qualité.

Objectif opérationnel N°1 : améliorer l'accès aux techniques d'assistance médicale à la procréation.

Il s'agit de permettre l'accès aux techniques d'AMP, intégrant la préservation de la fertilité en lien avec le plan cancer.

L'absence de centre clinico-biologique nécessite pour les couples des déplacements sur le continent. La création d'une offre locale répond à l'objectif 4 du contrat d'objectif et de performance de l'agence de bio médecine qui promeut un accès équitable à des soins de qualité dans le domaine de l'AMP et du diagnostic génétique. Cela doit permettre une meilleure efficacité de la prise en charge de l'infertilité, une amélioration du confort des patients en réduisant les déplacements et une offre plus accessible financièrement.

Action N°1 : mettre en place une activité d'AMP à vocation régionale. Cette activité doit se faire en utilisant l'ensemble des ressources médico-biologiques insulaires ayant les compétences spécifiques et dans un esprit de parcours permettant d'organiser les prises en charge de proximité et en centre dans un cadre coopératif entre les structures existantes.

Une vigilance sera portée sur la viabilité économique du projet.

Action N°2 : le déploiement de cette activité devra intégrer la mise en place de réunions de concertations pluri-professionnelles garantissant l'harmonisation des pratiques et des décisions (avec l'aide d'un outil informatique type dossier communiquant).

Indicateurs de suivi :

- ✓ ouverture d'un centre
- ✓ suivi de l'activité

⁶ Technique de cytogénétique sur puce

Objectif opérationnel N°2 : assurer un accès de proximité en matière de diagnostic prénatal et de génétique.

Le taux de recours au DPN est faible pour les femmes corses ; ce constat peut être le reflet d'un non besoin mais il peut aussi traduire une information insuffisante, une absence de repérage. Le taux de nouveau-nés morts nés est à ce titre assez élevé (0,5 pour 1000 nouveau-nés en 2016) même si aucune comparaison nationale n'est possible en l'absence de données.

En matière de génétique, l'enjeu pour les personnes et les familles résidant en Corse, potentiellement concernées par une maladie d'origine génétique, est celui de l'accessibilité à l'information et au diagnostic, puis de la prise en charge et du suivi de cette maladie

Action N°1 : maintenir la participation, au moyen des visio-conférences, des médecins des centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia aux staffs des CPDPN de Marseille et de Nice.

Action N° 2 : informer le public sur les maladies génétiques et les structures de recours autorisées dans ce domaine.

Action N° 3 : informer les professionnels de santé, cliniciens et biologistes, sur les dispositions législatives et réglementaires relatives aux examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales (examens concernés et bonnes pratiques en matière de prescriptions) et sur les structures de recours autorisées.

Action N° 4 : assurer un accompagnement de proximité des personnes et familles en lien étroit avec les centres autorisés pour les activités et maladies concernées à partir des consultations avancées mises en place aux centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia.

Indicateurs de suivi :

- ✓ taux d'interruptions médicales de grossesse
- ✓ file active de chaque consultation avancée

Objectifs quantifiés (Implantations)

Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal

Activité de soins	Nombre d'implantations existantes PRS1	Suppression	Création	Nombre d'implantations cibles PRS 2
Activités cliniques AMP	0	0	0 à 1*	0 à 1*
Activités biologiques AMP	1**	0	0 à 1***	1 à 2
Diagnostic prénatal	0	0	0	0

*Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation -prélèvement de spermatozoïdes - transfert des embryons en vue de leur implantation,

**Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle,

***Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle - activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation, comprenant notamment : le recueil, la préparation et la conservation du sperme ; la préparation et la conservation des ovocytes - conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L.2141-4.

Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales

Activité de soins	Nombre d'implantations existantes PRS1	Suppression	Création	Nombre d'implantations cibles PRS 2
Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales	0	0	0	0

1.8. La médecine d'urgence

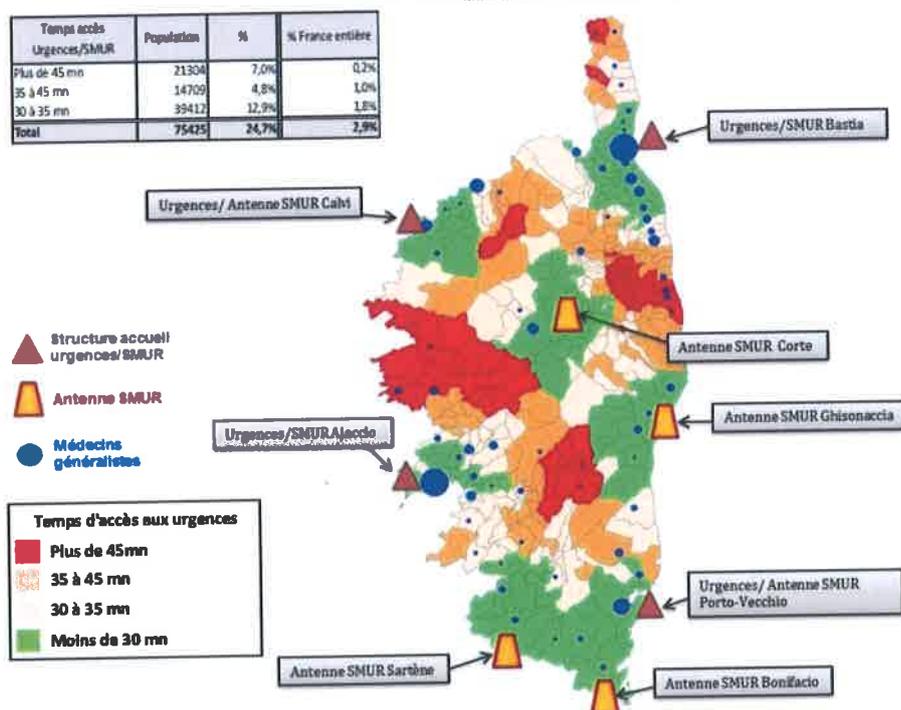
Diagnostic

La filière urgences se structure autour de 2 SAMU, 4 SAU et 2 SMUR et 6 antennes SMUR. 2 avions situés à Ajaccio et à Bastia prennent en charge les évacuations sanitaires.

La Corse, avec 26,5% de la population située à plus de 30 minutes d'une structure d'urgence, est la région présentant les plus fortes difficultés d'accessibilité aux soins urgents.

La carte qui suit présente la répartition géographique des accueils des urgences et des SMUR. Les temps d'accès théoriques aux structures d'urgences communales sont également représentés. Ils positionnent géographiquement les structures d'urgence et permettent de mettre en évidence les difficultés d'accès aux soins urgents. Les données cartographiques et le tableau de données sont issus des travaux menés en concertations avec les SAMU de Corse-du-Sud et de Haute-Corse.

**Temps d'accès théorique aux soins urgents
Structure d'accueil urgences-SMUR**



Données hospitalières 2016 (source SAE)

En 2016, il y a eu au total 96 687 passages au total dans les 4 structures d'accueil des urgences de Corse. 8545 passages ont concerné des patients de plus de 80 ans et 16 149 passages des patients de moins de 18 ans. 7311 séjours ont été réalisés en UHCD dont 2680 séjours de 0 jour.

142 612 appels ont été décrochés par les deux SAMU de Corse. Il y a eu 94134 dossiers de régulation médicale dont 18 170 effectués par des médecins libéraux. Il est à noter que persistent des modalités de recueil disparates concernant le décompte des appels au SAMU entre la Haute-Corse et la Corse-du-Sud.

Les SMUR de Bastia et d'Ajaccio et les six antennes SMUR ont réalisé au total 12 256 sorties ainsi réparties :

- 7533 sorties primaires terrestres,
- 2478 sorties secondaires terrestres,
- 1011 sorties aériennes primaires
- 1234 sorties aériennes secondaires

522 Evasan ont été réalisées en 2016.

Constat après le PRS1 (points forts et points faibles) :

- Optimisation de l'organisation, du fonctionnement et de la qualité de l'activité des structures d'urgence et des SMUR :
 - mise en place dans chacun des quatre accueils des urgences de Corse de l'infirmier d'accueil et d'orientation ;
 - achèvement de la mise aux normes des équipages SMUR avec persistance du problème de l'absence de la deuxième ligne SMUR terrestre H24 à l'année au SMUR de Bastia (une seule ligne en période hivernale selon les horaires) ;
 - réduction de l'intérim médical avec la publication de postes prioritaires d'urgentistes pour les tours de recrutement ;
 - mise en place d'un pôle territorial des urgences au sein du GHT de Haute-Corse afin d'optimiser les coopérations.

- Amélioration de la coordination des prises en charges entre la permanence des soins ambulatoires (PDSA) et les structures autorisées pour la prise en charge des urgences :
 - développement de façon concertée et adaptée des organisations alternatives de prise en charge dans le premier recours par territoire de PDSA (MMG, points fixes de gardes....) en articulation avec les structures d'urgences et les structures d'accueil non programmé ;
 - l'adossement des points fixes de gardes à des structures de soins (MSP, centres hospitaliers, services d'urgence) pourrait être développé afin d'optimiser les organisations et renforcer la coopération entre professionnels.
 - mise en place de plusieurs structures de type maison médicale de garde (MMG) :
 - Extrême Sud : une MMG sur Porto-Vecchio complétée par deux points de garde l'été. Un de ces deux points de garde a été adossé les deux premières années au centre hospitalier de Bonifacio.
 - Sartenais-Valinco : une MMG adossée au centre hospitalier de Sartène.
 - En plaine Orientale, un projet à Ghisonaccia est en cours de finalisation.
 - Mise en place du dispositif de médecins correspondants du SAMU (MCS) sur la base d'une démarche volontaire, dans des zones éloignées d'un SMUR ou d'un service d'urgence et difficiles d'accès, dans un cadre juridique adapté pour garantir une réponse de proximité dans les 30 minutes précédant l'arrivée du SMUR déclenché.

Deux territoires ont été identifiés en 2012 comme prioritaires (territoires à plus de 30 minutes) pour bénéficier de l'implantation de MCS :

- Cargèse-Piana : dispositif mis en place depuis Octobre 2015 (77 interventions en 2016) / Ota-Porto : dispositif mis en place depuis Octobre 2015 (15 intervention en 2016)
 - Costa Verde : dispositif mis en place depuis Juillet 2016 (259 interventions de Décembre 2016 à Novembre 2017). Sur ce territoire, un dispositif complémentaire de véhicule léger infirmier (VLI) en appui au MCS a été mis en place en collaboration avec les services incendie et de secours de Haute Corse.
- D'autres projets sont actuellement à l'étude en Haute Corse et en Corse du Sud.

Organisation de la coordination des deux SAMU

La convention cadre, visant à promouvoir et développer des actions de coopération et de collaboration entre le centre hospitalier de Bastia et le centre hospitalier d'Ajaccio afin d'améliorer l'organisation de l'offre de soins sur le territoire de santé de Corse en matière d'aide médicale urgente, est signée mais, dans les faits, elle demeure peu utilisée.

La convention entre le SAMU2A et le SAMU2B vise, dans le cadre de leurs missions opérationnelles, à optimiser l'organisation de l'offre de soins en améliorant l'efficacité des centres 15, en consolidant le maillage des SMUR et en coordonnant les intervenants.

En prévision d'une éventuelle perte de capacités opérationnelles de l'une des structures ou de la survenue d'un phénomène critique de débordement d'appels, leur organisation doit également permettre un appui réciproque pouvant se traduire notamment par la reprise de tout ou partie de l'activité de régulation de l'autre SAMU-Centre 15. A cette fin, des sujétions techniques devront être étudiées de même que l'harmonisation des protocoles de prise en charge des appels.

Sécurisation du parcours de santé des personnes âgées dans le cadre de l'organisation de la filière gériatrique en favorisant l'accès direct aux structures de soins de suite et de réadaptation et court séjour gériatrique, pour offrir au patient concerné des soins adaptés à son état de santé dans les meilleurs délais et dans les meilleures conditions possibles. L'admission dans un service d'urgence doit se recentrer sur la prise en charge de l'urgence vitale. A l'issue du PRS 1, la filière gériatrique nécessite d'être consolidée, la fiche de liaison SAMU est absente et les personnes âgées sont toujours fréquemment hospitalisées via les urgences.

Construction du réseau territorial des urgences :

Ce réseau doit être conforté et s'étendre, sous l'égide d'un coordonnateur, à d'autres établissements et professionnels de santé.

La convention constitutive du réseau des urgences a été signée par les structures autorisées pour la prise en charge des urgences en 2012 mais dans les faits a une utilité limitée et il n'y pas de coordonnateur du réseau territorial des urgences.

Ce réseau a également vocation à étudier les dysfonctionnements liés aux prises en charge urgentes.

Mise en place du répertoire opérationnel des ressources (ROR):

Le ROR est un enjeu majeur car c'est un outil de description de l'offre de santé destiné à tous les professionnels concernés par l'orientation des patients et qui s'appuie sur un outil informatique.

Il vise à décrire des ressources disponibles dans chaque établissement de santé et doit s'étendre à l'ensemble de l'offre de soins extrahospitalière.

Il propose une information exhaustive sur l'offre de santé régionale et extrarégionale, sans cloisonnement entre la ville et l'hôpital, sur les champs du sanitaire et à terme sur le champ du médico-social.

Le ROR permet aux acteurs de l'offre de soins de rechercher des informations pour faciliter l'orientation des patients dans leurs parcours de soins et permet également à l'ARS de piloter et de suivre l'offre de soins.

Le volet ROR est inscrit dans le cadre de l'objectif 6 du COS visant à faire émerger le numérique et les projets innovants.

Les coopérations avec les différents acteurs :

Les SDIS : ils apportent un appui logistique au fonctionnement de l'aide médicale urgente formalisé par des conventions SAMU-SDIS. Le maillage des centres d'incendie et de secours favorise cet appui logistique.

Une articulation entre les SAMU et les Centres Opérationnels Départementaux d'Incendie et de Secours (CODIS) est également formalisée par convention. Des infirmiers « protocolés » viennent appuyer le dispositif de secours à la personne coordonnée avec l'aide médicale urgente.

Le service de santé des armées (SSA) : Il est déployé en Corse par ses antennes médicales de Solenzara, Calvi, Ajaccio et Borgo. Des échanges civilo-militaires sont engagés à travers des activités d'enseignement, visant le partage de connaissances médicales transposables au milieu civil, la permanence des soins d'urgence (services hospitaliers et extrahospitaliers) et la gestion de situations sanitaires exceptionnelles.

Les établissements de santé assurant un accueil médical non programmé (AMNP) :

Trois établissements de santé en Corse assurent une mission de prise en charge des soins non programmés : le centre hospitalier intercommunal de Corte-Tattone et les centres hospitaliers (ex hôpitaux locaux) de Bonifacio et Sartène. Ces établissements ne sont pas détenteurs d'une autorisation d'activité de soins de médecine d'urgence de type structure des urgences telle que prévue par l'article R.6123-1 al.3 du code de la santé publique.

Afin de répondre au mieux aux besoins de santé de la population et de pallier la baisse de la démographie médicale libérale, l'ARS de Corse a acté la participation des trois établissements précédemment mentionnés à la prise en charge des soins non programmés qui dispensent ainsi des soins immédiats aux patients qui se présentent de façon inopinée même en dehors des heures de consultations. La prise en charge sur place de ces patients ne doit cependant pas dépasser le cadre de ce que pourrait effectuer ou prescrire un médecin généraliste libéral (sutures et immobilisations simples comprises).

La prise en charge des soins non programmés ne doit en aucun cas être assimilée à un accueil en structure des urgences telle que prévue par l'article R.6123-1 al.3 du code de la santé publique. Dès que l'état clinique du patient requiert un niveau de soins ou de surveillance supérieur à ce qui pourrait être effectué au sein d'un cabinet de médecine générale, le patient doit être aussitôt transféré par tout moyen approprié vers un établissement autorisé à l'activité de soins de médecine d'urgence. En cas de régulation préalable par le SAMU-Centre 15, ce dernier est garant de l'orientation du patient.

Par ailleurs, en vertu de l'article R.6123-25 du code de la santé publique, seuls les établissements de santé autorisés à exercer une activité de soins de médecine d'urgence de type structure des urgences peuvent porter à la connaissance du public le fait qu'ils accueillent les urgences et afficher un panneau «urgences».

Compte tenu du fort accroissement de l'AMNP du centre hospitalier intercommunal de Corte-Tattone, de l'absence d'effectivité de la PDSA, de la faible démographie médicale et des contraintes spécifiques du Centre Corse, des dispositifs expérimentaux de renfort estival ont été mis en place et une évolution de cet AMNP a été étudiée.

Optimisation de la qualité de la décision en matière de régulation libérale.

L'HAS a rédigé dans le cadre des recommandations de bonnes pratiques les modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale.

Les objectifs de ces recommandations sont :

- améliorer la qualité et la sécurité de la réponse apportée aux patients ;
- constituer un support pour la formation continue des professionnels et l'évaluation de leurs pratiques ;
- favoriser l'harmonisation des pratiques entre professionnels et sur l'ensemble du territoire.

L'organisation de la régulation devra être conforme à ces recommandations.

Garantie du rôle pivot de la régulation médicale en améliorant l'organisation mixte hospitalière et libérale.

Il faut poursuivre le développement des coopérations entre les centres 15 et les associations de régulation libérale afin de renforcer l'efficacité en apportant une réponse spécifique et adaptée à la nature de chaque appel ; cette régulation libérale des appels de permanence des soins permet d'éviter des recours inappropriés aux services d'accueil des urgences et contribue à la diminution d'activité à la fois des effecteurs hospitaliers et libéraux.

Il convient également d'améliorer encore la lisibilité du dispositif de régulation libérale vis-à-vis des usagers du système de santé, en particulier quand cette régulation libérale dispose d'un numéro de téléphone spécifique distinct du « 15 ».

La régulation médicale a été placée dès la rédaction du cahier des charges de la PDSA au centre du dispositif. Une régulation libérale est en place sur les deux départements.

Afin d'augmenter l'efficacité de la régulation, la Corse a été choisie comme région pilote pour la mise en place du numéro unique 116-117.

Garantie du rôle pivot de la régulation médicale pour l'orientation des patients.

Les services d'aide médicale urgente doivent s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient et dans le respect du libre choix.

Modernisation des SAMU et sécurisation réciproque des régulations 2A/2B (débordement d'appels, pannes, absentéisme.

- ANTARES, (Adaptation Nationale des Transmissions Aux Risques Et aux Secours) :

ANTARES est le réseau numérique des services publics qui concourent aux missions de sécurité civile.

Ce réseau intègre plus largement une infrastructure nationale regroupant d'autres réseaux dans le cadre des opérations de sécurité civile (sécurité civile, gendarmerie, police, armée...) qui est l'Infrastructure Nationale Partageable des Transmissions (INPT). Ce réseau de télécommunications permet une interopérabilité entre les différentes unités.

Le déploiement des établissements sièges de SAMU sur le système de radiocommunication ANTARES a comme objectif le rapprochement avec les réseaux de communication radioélectriques et des systèmes d'information avec le SDIS.

Dès 2012, les SAMU 2A et 2B ont déployé le dispositif ANTARES avec les équipements suivants :

- des terminaux de téléphonie mobile embarquée pour tous les véhicules ;
- des terminaux fixes de radiocommunication dans les locaux du SAMU.

Des évolutions du dispositif seront apportées dans le cadre du PRS2.

- Interfaces logicielles SAMU/SDIS :

à ce jour, tous les échanges avec le SDIS se font par fax. Il n'y a pas d'interfaçage logiciel entre le système d'informations (SI) du SDIS et celui du SAMU.

L'échange des informations dès la prise en charge du patient entre le logiciel métier du SDIS et celui du SAMU sera une priorité dans le cadre du PRS2 et sera facilité par le déploiement du SI SAMU national.

- SAMU 2A

Le logiciel de régulation médicale est SAMUSCRIPT de SCRIPTAL qui est un logiciel vieillissant ne répondant plus aux attentes opérationnelles des professionnels de santé.

Le Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) a été raccordé en Décembre 2017 à la PFLAU (Plateforme de localisation des appels d'urgence) qui remplacera l'annuaire inversé.

- SAMU 2B

Le logiciel de régulation médicale, APPLISAMU, nécessite une évolution technique importante pour le lien 15/18, les statistiques et la sécurisation.

Le CRRA a été raccordé au mois de Janvier 2018 à la PFLAU.

Le SAMU 2B a entrepris des démarches de sécurisation importantes dans le cadre de la téléphonie :

- évolution et sécurisation de l'autocommutateur avec la mise en place d'une nouvelle version et la mise en œuvre de cartes redondantes,
- renouvellement de l'enregistreur,
- dissociation des lignes téléphoniques propres au SAMU de celles du centre hospitalier de Bastia.

Objectif stratégique n°3 du COS : accompagner l'accès à la santé des plus fragiles dans une logique de parcours continu.

Objectif opérationnel N°1 : mieux organiser les parcours de soins notamment à travers les projets médicaux des GHT afin que les urgences ne constituent plus la porte d'entrée obligatoire et systématique notamment pour les patients âgés et les patients en soins palliatifs.

Action N°1 : consolider le rôle du SAMU en tant que régulateur pour une orientation rapide vers le plateau technique le plus adapté pour garantir l'efficacité des revascularisations dans le cadre des accidents vasculaires cérébraux et des syndromes coronariens Aigus (SCA) ST + (cf. volets AVC et cardiologie).

Action N°2 : dans le cadre de la coopération renforcée entre le médico-social et le sanitaire :

- améliorer l'échange d'informations par la mise en place de documents de liaison (DLU/fiche de liaison d'urgence HAS et l'intégrer dans le DMP),
- favoriser les échanges de pratiques entre les professionnels sanitaires et médico-sociaux (revue de mortalité de morbidité (RMM), Centre d'enseignement des soins d'urgence (CESU),...).

Action N°3 : mise en place d'une structure de coordination en soins palliatifs, mise en place de la fiche « SAMU-PALLIA » (cf volet soins palliatifs).

Action N°4 : favoriser les passages directs unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)/HAD quand cela est possible.

Objectif stratégique n°4 du COS : assurer un accès de proximité à un système de santé gradué et de qualité.
Objectif stratégique n°7 du COS : développer une politique de ressources humaines favorisant l'accès à des soins de qualité et à une offre innovante.

Objectif opérationnel N°2 : conforter et optimiser le maillage des structures mobiles d'urgence.

Action N°1 : assurer l'effectivité H24, 365 jours par an de la deuxième ligne SMUR de Bastia.

Action N°2 : décliner un plan d'actions pour pérenniser les postes d'urgentistes (recrutement, renforcement de l'attractivité, conditions de travail,...).

Action N°3 : évaluer l'articulation de l'organisation et du fonctionnement des SAU et des SMUR sur l'ensemble du territoire.

Action N°4 : développer le dispositif des médecins correspondants du SAMU.

Objectif opérationnel N°3 : prendre appui sur les travaux et réflexions réalisés au niveau national pour l'évolution des différentes formes d'accueil médical non programmé en région tout en les adaptant aux spécificités de la Corse reconnues dans la SNS.

Action N°1 : mise en place d'un groupe de travail sur les AMNP dans le cadre des travaux entrepris au niveau national sur les accueils et consultations non programmés.

Objectif opérationnel N°4 : permettre l'évolution de l'AMNP du centre hospitalier intercommunal de Corte-Tattone vers une structure plus adaptée aux besoins du territoire.

Action N°1 : mettre en place un dispositif innovant s'intégrant dans un maillage territorial des urgences optimisées dans une région dont les spécificités ont été reconnues dans le volet spécifique à la Corse de la SNS.

Ce projet devra être porté par le pôle territorial des urgences de la GHT de Haute Corse afin de garantir la soutenabilité en termes de ressources humaines, de viabilité économique et d'expertise. La réglementation actuelle ne permettant pas cette possibilité, cette organisation innovante pourra être encouragée et accompagnée par le dispositif de l'article 51 mis en place par la LFSS de 2018 qui permet des dérogations à certaines dispositions des codes de santé publique et de la sécurité sociale dans le cadre notamment des groupements.

Objectif opérationnel N°5 : consolider la mise en œuvre la circulaire du 5 juin 2015 (harmonisation du schéma départemental de l'analyse et de couverture du risque (SDACR) avec le SRS).

Ce travail, qui a démarré en mai 2016 sur le département de la Haute-Corse sur la base des attendus de la circulaire du 5 juin 2015, a débouché sur une cartographie croisée des moyens médicaux et paramédicaux du SDIS et des moyens mis au service de l'aide médicale urgente (SMUR, MCS, transports sanitaires privés). Sur la question notamment des moyens médicaux, il a pu être observé une concordance entre les zones à faible densité médicale et les zones ne disposant pas de médecins sapeurs-pompiers volontaires.

Action N°1 : achever le travail de renouvellement des différentes conventions SAMU/SDIS.

Action N°2 : mieux intégrer les médecins sapeurs-pompiers et les infirmiers sapeurs-pompiers au dispositif de l'AMU (Aide Médicale Urgente).

Action N°3 : élargir les destinations possibles d'évacuation des patients pris en charge par les sapeurs-pompiers et ne nécessitant pas un transfert dans un service d'urgences.

Action N°4 : développer, si nécessaire, l'appui adapté du SDIS au dispositif de MCS (ex : véhicule léger d'infirmier de Cervione).

Objectif opérationnel N°6 : élaboration des conventions SAMU/Transporteurs sanitaires (TS) et harmonisation de la déclinaison des référentiels SAMU/SDIS et SAMU/TS dans les conventions départementales.

Action N°1 : achever le travail de concertation afin d'élaborer la convention SAMU-TS, afin de formaliser l'ensemble des coopérations entre les structures d'urgence et les TS (garde ambulancière, transport inter-hospitalier, appui logistique,...).

Action N°2 : mise en place d'une étude d'approche de besoins sur les transports sanitaires terrestres afin d'apprécier la mise en œuvre de dispositifs tels les coordonnateurs ambulanciers ou l'extension éventuelle, à titre expérimental, de la période de garde ambulancière sur certains territoires.

Un groupe de travail sur la répartition des autorisations des mises en service sur le territoire a été mis en place afin de mettre en adéquation les besoins et l'offre de transports.

Objectif stratégique n°6 du COS : soutenir l'intégration des pratiques innovantes en santé pour améliorer la qualité, la sécurité et l'accessibilité à la santé.

Objectif opérationnel N°7 : mise en œuvre d'ANTARES.

Action N°1 : acquisition et mise en œuvre de la solution de routage d'appel GENESYS sur les 2 SAMU afin de bénéficier d'une plateforme de gestion des appels et d'une file d'attente des appels.

Action N°2 : mise en réseau des autocommutateurs d'Ajaccio et de Bastia permettant de router, en cas de panne majeure de l'autocommutateur ou de coupures des lignes opérationnelles et de secours, d'un site à l'autre (convention de coopération et d'organisation à mettre en place entre les 2 SAMU).

Action N°3 : acquisition d'un module de gestion de débordement des appels, d'un module de statistiques et d'un terminal de gestion des voies radio.

Action N°4 : acquisition d'interfaces permettant les échanges entre les logiciels de gestion du SAMU et le logiciel utilisé par le SDIS permettant l'échange de données dès la prise en charge du patient.

Objectif opérationnel N°8 : mettre en place l'outil SI SAMU.

Le SI SAMU sera déployé sur les 2 SAMU en vague 2, sur la période début 2022 à mi 2023.

Ce programme permet la modernisation des SAMU-Centres 15 en s'adaptant à la fois aux organisations métier de tous les utilisateurs (médecine d'urgence, médecine libérale...) et aux relations fonctionnelles avec leurs partenaires.

C'est un programme innovant à vocation nationale dont les objectifs sont :

- disposer d'outils performants pour sécuriser la prise en charge du patient ;
- outiller les projets de coopération et d'entraide entre les SAMU Centres 15 ;
- superviser et piloter l'activité de régulation médicale et détecter les situations de dysfonctionnement (pannes ou autres) ;
- disposer de statistiques consolidées concernant l'activité de régulation médicale.

Action N°1 : intégration en avance de phase du portail SI SAMU permettant la collaboration, le partage d'informations et de documents utiles.

Ce module pourra être déployé en amont de la date de démarrage régional. Les outils permettront la gestion opérationnelle des patients et des ressources sanitaires mobilisées notamment en situation de crise.

Indicateur de suivi :

- ✓ déploiement d'un espace collaboratif
- ✓ déploiement d'un portail de gestion de crise

Action N°2 : déploiement de la solution complète du SI SAMU.

Indicateur de suivi :

- ✓ déploiement des versions V1R1, V1R2 et V1R3

Objectifs quantifiés (Implantations)

Activité de soins : médecine d'urgence	Nombre d'implantations existantes PRS1	Suppression	Création	Nombre d'implantations cibles PRS 2
SAMU	2	0	0	2
Structures des urgences	4	0	0	4*
SMUR	2	0	0	2
Antennes SMUR	6	0	0	6

*intégrant le dispositif innovant

1.9. Permanence des soins en établissement de santé (PDSSES)

Diagnostic

La permanence des soins en établissement de santé (PDSSES) se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins nécessitant des soins urgents la nuit (à partir de 20h et jusqu'à 8 heures), le week-end (à partir du samedi midi) et les jours fériés. L'objectif de cette organisation est de garantir un accès permanent aux soins à l'échelle du territoire de santé en lien avec le réseau des urgences.

Elle se distingue de :

- la continuité de soins qui est une mission réglementaire qui incombe à tous les établissements de santé contrairement à la PDSSES pour laquelle l'établissement doit être expressément désigné par le directeur général de l'ARS ;
- des activités non programmées de jour ;
- de la permanence de soins ambulatoires.

La PDSSES concerne le seul champ des activités de court séjour : médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).

Par conséquent, les ex hôpitaux locaux, les structures de soins de suite et de réadaptation, les unités de soins de longue durée, les activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et les activités de diagnostic prénatal, l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou d'identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales et psychiatrie (en dehors des structures de médecine d'urgence) ne relèvent pas du dispositif de PDSSES.

Elle couvre :

- des spécialités réglementées : réanimation, périnatalité, néonatalogie, chirurgie cardiaque, cardiologie interventionnelle, unité de soins intensifs cardiologiques, neurochirurgie, neuroradiologie interventionnelle, plateaux techniques spécialisés ;
- d'autres spécialités médicales (neurologie, gastroentérologie, pneumologie, hématologie clinique) et chirurgicales (vasculaire, thoracique, viscérale et digestive, orthopédique et traumatologique, infantile, ophtalmologie, ORL et urologie) qui peuvent nécessiter l'organisation d'une PDSSES éventuellement mutualisée.

Les activités de soins relevant de la continuité des soins ne sont pas inscrites dans le schéma cible et sont :

- la médecine polyvalente,
- la médecine interne,
- la gériatrie,
- l'endocrinologie,
- l'infectiologie,
- la dermatologie,
- la rhumatologie,
- la pneumologie,
- la chirurgie plastique,
- l'insuffisance rénale chronique.

La permanence des soins qui est inscrite dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) de l'établissement peut prendre la forme :

- d'une garde sur place (GSP) qui demande la présence continue d'un médecin dans l'enceinte de l'établissement ;
- d'une astreinte opérationnelle (AO) à domicile caractérisée par des appels réguliers, impliquant l'obligation pour le praticien de rester à la disposition de l'établissement à son domicile ou en un lieu voisin pendant toute la durée de l'astreinte et de répondre à tout appel.

Une enveloppe financière pour cette mission est mise en place sur le Fonds d'Intervention Régional (FIR).

Les modalités de financement sont différentes en fonction des établissements concernés publics ou privés.

- pour les établissements publics, une dotation annuelle est allouée aux deux centres hospitaliers calculée à partir du schéma cible et en fonction du nombre de déplacement envisagé pour les astreintes opérationnelles ;

- pour les établissements privés, les modalités d'allocations sont définies par l'arrêté du 18 juin 2013 qui définit les montants et conditions de versement de l'indemnité forfaitaire aux médecins libéraux participant à la mission de permanence des soins en établissements de santé.

Le volet sur la PDSSES évalue les besoins de la population, fixe des objectifs en nombre d'implantations par spécialité médicale et par modalités d'organisation, est opposable aux établissements de santé et aux autres titulaires d'autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds ainsi qu'aux établissements qui sollicitent de telles autorisations et peut être révisé chaque année en cas d'évolution des besoins ou de l'offre de soins. Si le directeur général de l'ARS estime que cette mission n'est pas assurée dans les conditions prévues, il ouvre une procédure d'appel à candidature.

Dans ce contexte, une évaluation du schéma cible a été amorcée par l'ARS qui devait permettre pour chaque ligne de PDSSES d'avoir un bilan quantitatif et qualitatif. Un seul établissement a répondu de manière exhaustive à cette évaluation. Par ailleurs, des appels à projets concernant les lignes d'ORL et d'ophtalmologie pour la Haute-Corse se sont avérés infructueux.

Constat après le PRS1 (points forts et points faibles) :

- L'astreinte opérationnelle prévue dans le schéma cible du PRS1 en pédiatrie a été transformée en garde sur place pour les deux établissements concernés (centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia) afin d'être en conformité avec la réglementation.
- La ligne de PDSSES d'urologie de la polyclinique de Furiani a pu être favorablement évaluée car l'établissement a complété de manière exhaustive l'évaluation. De fait, une ligne complémentaire de PDSSES d'anesthésie non prévue à l'actuel schéma cible a été accordée et doit être actée dans le futur schéma cible.
- Plusieurs lignes d'astreintes ne sont pas encore opérationnelles :
 - Unité neuro-vasculaires (UNV) sur le centre hospitalier de Bastia, les difficultés de recrutement des neurologues ne permettent pas la reconnaissance d'une UNV.
 - ORL et ophtalmologie sur la Haute-Corse par manque d'opérateurs dans le secteur public. La majorité des médecins de ces spécialités exerce dans le secteur privé et ne souhaite pas participer à la PDSSES ; les appels à projets réalisés pour pourvoir ces lignes de PDSSES se sont avérés infructueux ;
 - la chirurgie de la main (pas d'appel à candidature mis en place sur le PRS 1).
- Une astreinte opérationnelle de gynéco-obstétrique est mise en œuvre à la polyclinique du Sud de la Corse.
- Certains établissements de santé privés ont mis en place des astreintes dans certaines activités de soins (urologie, orthopédie, chirurgie viscérale...) hors schéma cible.

Sur ce constat, les axes de travail pour le PRS 2 sont :

Axe N°1 : assurer un accès aux soins de spécialités nécessaires à la prise en charge aux urgences quel que soit l'horaire d'arrivée aux urgences.

Axe N°2 : être en capacité d'évaluer cette activité afin d'en assurer son efficacité.

Objectif stratégique n°4 du COS : assurer un accès de proximité à un système de santé gradué et de qualité.

Objectif opérationnel N°1 : consolider le premier schéma cible.

Un certain nombre d'astreintes n'a pu être mises en œuvre fautes de ressources humaines soit par absence de recrutement soit par non-participation des professionnels de santé libéraux à cette activité : neurologie, ORL et ophtalmologie.

La priorisation de certaines spécialités en Corse doit permettre de répondre à certains besoins. L'implication des professionnels de santé libéraux constitue pour des spécialités où l'offre est présente dans le secteur privé un levier d'autant que le législateur a prévu de nombreux dispositifs pour permettre la complémentarité public-privé.

De plus certains recrutements récents vont permettre la consolidation de filière médico-chirurgicale telle que la pneumologie.

Action N°1 :

- maintenir l'activité telle que déployée dans le premier schéma cible et pourvoir les disciplines vacantes,
- s'appuyer sur la téléconsultation et la télé expertise pour consolider les organisations.

Objectif opérationnel N°2 : satisfaire les nouveaux besoins en lien avec le PRS.

Le PRS prévoit un certain nombre d'évolutions de plateaux techniques :

- la chirurgie de la main : assurer pour les urgences un accès vers un centre spécialisé en organisant un appel à candidatures sur la prise en charge de la main aux horaires PDESES et en y intégrant la reconnaissance de l'établissement par la Fédération Européenne des Services d'Urgences Mains (FESUM).
- pédiatrie : mise en place d'une organisation graduée de l'offre de soins s'articulant autour d'un centre spécialisé régional intégré au sein des deux centres hospitaliers recours, avec une collaboration avec les professionnels privés qui le souhaitent et en partenariat fort avec la région PACA permettant un rayonnement sur l'ensemble du territoire.

Action N°1 : mettre en place et déployer les nouvelles lignes inscrites dans le PRS 2 en procédant à l'ouverture des appels à candidatures.

Objectif opérationnel N°3 : permettre une lisibilité de cette activité.

Une évaluation a été mise en œuvre en 2016-2017 par l'ARS, un seul établissement de santé a été en capacité de faire part de son activité de manière exhaustive. Sur ce constat, il convient de mettre en place un groupe technique afin de pouvoir automatiser ces données à partir des systèmes d'informations. Le défaut d'évaluation rend peu crédible la demande de financement supplémentaire dans un contexte contraint.

Action N°1 : se donner les moyens d'évaluer de manière qualitative et quantitative cette activité par la mise en place d'indicateurs automatisés à partir des systèmes d'information. Un groupe technique constitué des directions, des services d'urgences et des directeurs des services informatiques sera constitué sous le pilotage de l'ARS.

Action N°2 :

- s'interroger sur la nécessité d'une ligne d'astreinte opérationnelle en hépato-gastro entérologie (HGE) et pédiatrie sur le site de la polyclinique du Sud de la Corse à partir d'une évaluation sur 1 an des besoins pour ces spécialités aux horaires de PDESES.
- questionner :
 - l'offre en fonction des évaluations et notamment en nuit profonde en lien avec les SAMU,
 - les coopérations publiques et privées,
 - la place de la téléconsultation et de la télé expertise en appui des organisations.

Indicateur de suivi :

- ✓ Mise en place d'indicateurs automatisés permettant un suivi exhaustif de cette activité.

Le schéma cible :

Activités		Schéma cible PRS 1	Schéma cible PRS 2
<u>Activités réglementées</u>	réanimation	2 sites GSP	2 sites GSP
	USIC	2 sites GSP	2 sites GSP
	Gynécologie Obstétrique	1 site GSP - 2 sites AO	2 sites GSP - 1 site AO
	anesthésie	2 sites GSP - 1 site AO	2 sites GSP - 2 sites AO
	Néonatalogie/pédiatrie	2 sites AO	2 sites GSP – 1 site AO**
	UNV	2 sites AO	2 sites AO
	cardiologie interventionnelle	2 sites AO	2 sites AO
<u>activités non réglementées</u>	vasculaire et thoracique	2 sites AO	0
	Chirurgie thoracique		1 site AO régional
	Chirurgie vasculaire		1 à 2 sites AO selon recrutement
	Chirurgie Viscérale et digestive	3 sites AO	3 sites AO
	orthopédie -traumatologie	3 sites AO	3 sites AO
	neurochirurgie	1 site AO	1 site AO régional
	ophtalmologie	2 sites AO	2 sites AO
	urologie	2 sites AO	2 sites AO
	médecine hyperbare	1 site AO	1 site AO régional
	gastro entérologie	2 sites AO	2 à 3 sites AO**
	pneumologie	1 site AO	2 sites AO
	chirurgie de la main	1 site AO	1 site AO régional
	ORL	2 sites AO	2 sites AO
	chirurgie pédiatrique*		2 sites AO
	anesthésie pédiatrique*		2 sites AO
Imagerie en coupe		1 site AO régional	

*En lien avec le volet chirurgie centre spécialisé pédiatrie

**En fonction de l'évaluation prévue à l'action 4

1.10. La filière soins critiques (réanimation, soins intensifs, surveillance continue)

Diagnostic

Données 2016	lits	Capacitaire théorique	Nombre suppléments	Taux d'occupation * en %
CH Ajaccio REA	10	3660	3023	82,60%
CH Ajaccio SI issus de REA		0	197	
CH Ajaccio SC	5	1830	1257	68,7%
Clinisud	8	2928	1399	47,8%
Polyclinique du Sud de la Corse SI	4	1464	1051	71,8%
CH Bastia REA	8	2928	2935	104,8%
CH Bastia SI issus de REA		0	134	
CH Bastia SC	4	1464	670	45,8%
Polyclinique de Furiani SC	5	1830	608	33,2%

SI : soins intensifs / SC : soins continus / REA : réanimation

* pour les journées valorisées, ne prend pas en compte les journées non valorisées

Constat après le PRS1 (points forts et points faibles) :

Certaines actions prévues pendant le PRS 1 n'ont pu s'opérer telles que :

- l'évaluation des conventions des établissements de santé utilisateurs des services de réanimation des établissements recours ;
- l'installation de l'unité de prise en charge des états neuro végétatifs ou pauci relationnels en Haute-Corse ;
- la mise en place d'un DIU (diplôme interuniversitaire pour les personnels de réanimation).

Au regard des forces et faiblesses de la filière actuelle, les travaux du PRS 2 ont été conduits autour de trois axes :

- 1er axe : assurer aux deux structures recours de Corse, portées par les centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia, la capacité à prendre en charge les patients de leur territoire, dans un contexte de vieillissement de la population et d'efficience, en optimisant les lits de ces unités et en améliorant la gestion de leur aval.
- 2ème axe : œuvrer pour une gradation de la filière au niveau régional et inter-régional pour pallier l'absence de structures locales compte tenu de files actives trop faibles ou de l'absence des plateaux techniques hyper spécialisées en reproduisant le modèle ECMO.
- 3ème axe : améliorer la qualité et la sécurité des soins par le maintien des compétences médicales et paramédicales, la lutte contre les infections nosocomiales et le déploiement des systèmes d'information.

Objectif stratégique n°4 du COS : assurer un accès de proximité à un système de santé gradué et de qualité.
Objectif stratégique n°7 du COS : développer une politique de ressources humaines favorisant l'accès à des soins de qualité et à une offre innovante.

Ces objectifs visent à répondre par une filière graduée à toutes les situations, soit in situ soit en collaboration étroite avec les centres référents de la région PACA, en optimisant les outils de télémédecine, en confortant les ressources humaines et en assurant une prise en charge de qualité en adéquation avec l'évolution des techniques.

Objectif opérationnel N°1 : permettre aux deux structures recours de réanimation d'être en capacité de prendre en charge les patients de leur territoire.

Action N°1 :

- assurer un capacitaire en lits de réanimation et de surveillance continue en lien avec le projet médical partagé des GHT permettant d'absorber l'évolution de 1.1% de la démographie depuis 2008 (versus 0.5% France Cf. ORS) et l'impact de la saisonnalité, de faciliter l'accès à certaines spécialités type neuro chirurgie et éviter les prises en charge « foraines » à l'origine de tensions au sein des services hors structure spécialisée ;
- mettre en place une unité de soins de réadaptation post réanimation permettant aux patients lourds issus d'une prise en charge en réanimation (patients souffrant d'affections graves du système nerveux (cérébro ou médullo lésés sévères), insuffisants respiratoires sévères dépendant d'une assistance respiratoire et patients souffrant de graves déconditionnements physiques (respiratoires ou musculaires), de bénéficier d'un aval transitoire après la phase critique nécessitant des soins ne permettant pas le passage immédiat en soins de suite et de réadaptation (SSR) ou à domicile. Ce maillon entre les soins critiques et les SSR requiert les compétences des réanimateurs au regard de l'instabilité médicale et de la dépendance pour certaines fonctions vitales et des MPR (médecine physique et de réadaptation) pour la prise en charge en réadaptation. Il peut être un sas pour les malades en état pauci-relationnel ou les patients EVC (états végétatifs chroniques). Des critères d'admission seront mis en œuvre et l'aval sera envisagé afin d'éviter des séjours trop longs
Cette unité aura une vocation régionale et devra être intégrée au sein d'un établissement qui dispose d'une autorisation d'activité de soins de réanimation.
Une vigilance sera portée sur la viabilité économique du projet.

Action N°2 : optimiser l'utilisation des lits de surveillance continue, premier aval de la réanimation avant le transfert vers les services de médecine, chirurgie ou soins de suite et réadaptation.

Action N°3 : faciliter l'aval des patients en état végétatif chronique ou pauci relationnel en installant l'unité ad hoc en Haute-Corse et en s'adaptant au besoin en Corse-du-Sud.

Action N°4 : poursuivre les orientations par entrée directe au service de réanimation en lien avec le SAMU – SMUR en s'appuyant sur le déploiement du ROR.

Action N°5 : utiliser le ROR pour la gestion des lits de soins critiques dans le cadre de la préparation des plans urgences et de leur opérationnalité.

Indicateurs de suivi :

- ✓ taux d'occupation de structures de réanimation
- ✓ ROR hôpital en tension SC

Objectif opérationnel N°2 : poursuivre les actions de graduation de la filière au niveau régional et inter-régional permettant de répondre aux situations relevant de structures inexistantes en Corse.

Action N°1 : poursuivre les travaux sur les organisations :

- en inter-régions : pour la discipline pédiatrique, compte tenu de l'absence de structure de réanimation pédiatrique et de surveillance continue, profitant de l'expertise et du partage d'expérience des centres experts de la région PACA et en s'appuyant sur les outils de télé-expertise comme cela a été mis en œuvre pour l'ECMO ;
- en Corse :
 - par le partage d'expériences et d'outils entre les structures régionales et au cours d'une rencontre annuelle ;
 - avec l'unité de soins intensifs polyvalents de la polyclinique du Sud de la Corse afin de faciliter la prise en charge de patients par le centre recours du centre hospitalier d'Ajaccio.

Action N°2 : mettre en œuvre l'évaluation des conventions inter-structures insulaires afin de pouvoir les réviser dans un but d'amélioration de la prise en charge.

Action N°3 : faciliter l'informatisation homogène des services de soins critiques (Réanimation – USI – SC – SSPI) au sein des établissements de santé publics ayant un dossier patient informatisé (DPI) commun afin de simplifier les prises en charge et les coopérations avec un objectif d'anticipation face aux situations de crises sanitaires. La même démarche pourra être entreprise au sein de chaque établissement de santé privé.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de conventions
- ✓ nombre de comptes-rendus de réunions

Objectif opérationnel N°3: la qualité des soins par le maintien des compétences soit par la formation initiale et/ou continue ou par le partage d'expertise.

Action N°1 : veiller à l'attractivité des structures pour les personnels médicaux en maintenant les terrains de stage de spécialité, en favorisant les postes d'assistants partagés et en intégrant les mesures prévues au plan d'attractivité des carrières hospitalières.

Action N°2 : œuvrer pour la mise en place d'un diplôme inter-universitaire (DIU) de soins infirmiers en soins critiques en concertation avec la collectivité de Corse, l'université de Corse et les responsables d'enseignement des facultés de médecine. Cet accès à la formation pourrait intégrer plusieurs modules et utiliser les nouveaux outils technologiques (e-learning, salle de cours virtuelles, simulation haute-fidélité...) facilitant ainsi la participation d'un plus grand nombre d'intervenants prenant en charge les soins critiques. Cette action contribuerait aussi à réduire le turn-over des équipes.

Action N°3 : poursuivre la collaboration avec l'UFIR (Unité fonctionnelle d'infectiologie régionale) dans le cadre de la bonne prescription des antibiotiques.

Indicateur de suivi :

- ✓ turn-over des personnels de soins critiques (médicaux et paramédicaux)

Objectifs quantifiés (Implantations)

Activité de soins	Nombre d'implantations existantes PRS1	Suppression	Création	Nombre d'implantations cibles PRS 2
Réanimation modalité Adulte	2	0	0	2

Les soins intensifs et la surveillance continue font l'objet d'une reconnaissance contractuelle.

1.11. La filière accident vasculaire cérébral (AVC)

Constat après le PRS1 (points forts et points faibles) :

Les accidents vasculaires cérébraux, quel que soit leur étiologie, représentent 530 patients en Corse en 2015. La filière mise en place dans chaque département est dépendante des ressources humaines pour la spécialité de neurologie :

- une unité neuro vasculaire (UNV) a vu le jour fin 2014 au centre hospitalier d'Ajaccio ; cette unité prend en charge la grande majorité des AVC et des AIT (accidents ischémiques transitoires) du département de Corse-du-Sud. L'unité a mis en œuvre 18 thrombolyse pour l'année 2016 ce qui représente 8.5% des traitements des accidents ischémiques. L'aval de la structure est le plus souvent le domicile. Lorsque les soins de suites et de réadaptation (SSR) sont sollicités, les séjours sont réalisés dans les SSR mentions neurologiques du département de Corse-du-Sud, les flux intra régionaux et interrégionaux restent à la marge. La fluidité de la filière est assurée par un partenariat entre les structures de MCO et de SSR et une visite des spécialistes de médecine physique et réadaptation (MPR) au sein de l'UNV et des consultations de neurologie au sein des SSR. La modalité de prise en charge en HAD est utilisée. Les consultations post AVC ont été organisées en 2016. La consultation pluri-professionnelle a été déployée depuis mars 2017.
- le centre hospitalier de Bastia n'a pu installer son unité neuro-vasculaire compte tenu de difficultés de recrutement de neurologue. Il a organisé sa filière aigüe au sein du service des urgences. L'alerte thrombolyse, lorsqu'elle est déclenchée, permet d'avoir une imagerie par IRM et un avis de neurologue par télé-expertise avec recours aux neurologues de l'UNV du centre hospitalier universitaire de Nice permettant une thrombolyse si l'état du patient le nécessite. La montée en charge du dispositif a été progressive. L'aval de la phase aigüe est réalisé au sein de trois unités : le service de médecine polyvalente, le court séjour gériatrique ainsi que le service de neurochirurgie. Le mode de sortie après un AVC est le plus souvent le domicile. Lorsqu'une hospitalisation en SSR est nécessaire, elle est réalisée au sein du centre hospitalier de Bastia dans le service de SSR « mention neurologique ». Les flux intra-régionaux sont plus importants compte tenu d'une capacité en lits et places plus réduite en SSR sur le département de Haute-Corse. Il n'y a pas de consultation post AVC, seul le médecin de rééducation fonctionnelle consulte certains patients après un séjour en SSR. La fluidité de la filière est assurée par des consultations du spécialiste en MPR pendant le séjour en médecine, le retour à domicile est facilité par des « week-end tests » avant la sortie définitive de l'unité de SSR. Le retour à domicile avec une prise en charge en HAD est peu pratiqué.

Une seule campagne grand public d'information et de sensibilisation aux signes de l'AVC a été réalisée en 2016. Les actions qui n'ont pu être mises en œuvre :

- le maillage territorial notamment pour les sites autorisés à l'activité de médecine d'urgence et possédant un plateau d'imagerie ;
- les actions de formation des professionnels de santé y compris pour les signes AVC chez l'enfant ;
- les liens à organiser avec les EHPAD par le déploiement des fiches de liaison urgences ;
- un seul programme d'éducation thérapeutique avec une autorisation en 2014 mais une mise en œuvre effective en 2016.

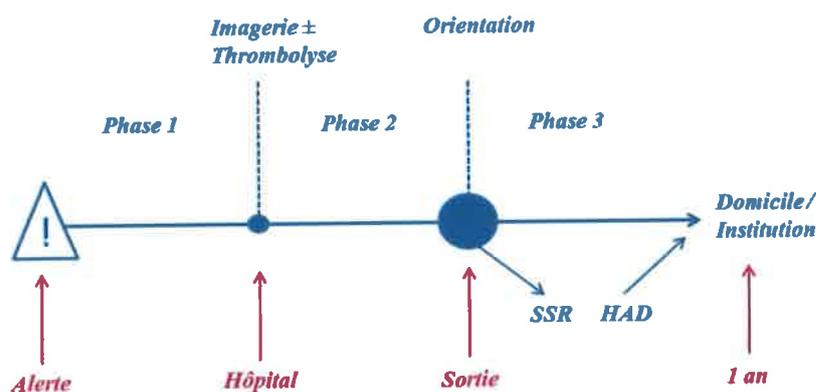
C'est sur ce constat que le volet AVC du PRS 2 s'est construit avec une articulation autour de 3 axes.

- 1^{er} axe : agir sur les délais de prise en charge par l'information et la sensibilisation des usagers et par des formations des professionnels de santé.
- 2^{ème} axe : poursuivre l'organisation de la filière en prenant appui sur les établissements de santé disposant d'une UNV.
- 3^{ème} axe : faciliter et sécuriser les retours à domicile post séjours hospitaliers ou post SSR.

Objectif stratégique n°4 du COS : assurer un accès de proximité à un système de santé gradué et de qualité.

Il s'agit de prendre en charge les patients dans des délais compatibles avec les traitements permettant une revascularisation, réduire les séquelles en rendant le patient acteur de sa prise en charge et garantir une prise en charge adaptée quel que soit le lieu de vie dans le cadre d'un parcours.

Le parcours AVC- AIT peut se décrire selon le processus suivant :



4 objectifs opérationnels découlent de ce processus selon la phase de prise en charge :

- en amont de l'hospitalisation
- pendant l'hospitalisation
- lors de la sortie du séjour MCO
- au domicile

Objectif opérationnel N°1 : en amont de l'hospitalisation, alerter au plus tôt afin de pouvoir garantir les possibilités de revascularisation aux patients présentant un AVC et d'éviter une récurrence aux patients présentant un AIT.

Les délais permettant une revascularisation sont aujourd'hui de 4H30 pour une thrombolyse et 6H pour une thrombectomie. Ce temps correspond au délai entre les premiers signes présentés par le patient et la mise en œuvre des traitements de revascularisation. Ces contraintes doivent inciter les professionnels de santé à rendre le patient acteur de sa prise en charge. Dans ce contexte, trois actions sont déclinées :

Action N° 1 : repérer les populations à risque neuro-vasculaire afin de les sensibiliser ainsi que leurs familles aux signes d'alerte AVC et au réflexe centre 15 pour la prise en charge. Ce repérage sera mis en œuvre par les spécialistes cardio-vasculaires (y compris lors des séjours en SSR) et par les médecins traitants. La sensibilisation sera adaptée au profil du patient et de son entourage.

Action N°2 : poursuivre les campagnes d'information grand public à un rythme d'une campagne par an.

Action n°3 : accompagner les professionnels de santé par des actions de formation et d'information AIT –AVC en lien avec les médecins des UNV, structures pivot dans l'animation du territoire. Le relais sera sollicité auprès de l'assurance maladie pour des campagnes d'information auprès des professionnels de santé du 1^{er} recours.

Objectif opérationnel N°2 : pendant l'hospitalisation, permettre au SAMU dès les premiers signes de jouer son rôle de régulateur en orientant le patient vers le plateau technique le plus adapté à son état de santé dans une filière organisée. La filière s'articulera autour des UNV en lien avec les structures d'urgence disposant d'un plateau d'imagerie.

Action N°1 : consolider l'organisation de la filière graduée selon la situation de l'établissement de santé.

1ère situation : existence d'une UNV.

Une UNV fonctionne au centre hospitalier d'Ajaccio, avec la possibilité de recours à l'UNV de Nice pour un avis expert pour les diagnostics rares ou complexes. Il est indispensable que les effectifs médicaux permettent des fonctionnements en astreinte sur trois praticiens au regard du territoire d'intervention. La cible pour le centre hospitalier de Bastia est l'installation d'une UNV dès recrutement d'un neurologue.

2ème situation : service d'urgence avec un plateau technique d'imagerie permettant l'accès à l'IRM H24 en l'attente de l'installation de l'UNV.

L'organisation intra-hospitalière du centre hospitalier de Bastia permet la prise en charge de l'urgence par les urgentistes avec un pool de référents afin de sécuriser lors des pics de recours à l'intérim médical et du post urgence avec la mise en place d'une unité de lieu au sein de l'établissement permettant de regrouper l'ensemble des AVC/ AIT quel que soit l'âge. Cette unité de lieu a pour objectif de faciliter la prise en charge par une équipe pluri professionnelle afin d'agir au plus tôt sur la prévention des séquelles.

Le post thrombolyse devra être organisé afin de garantir la surveillance clinique et para clinique rapprochée pendant les 12 premières heures avant transfert vers l'UNV recours ou à défaut l'UNV du centre hospitalier d'Ajaccio. Lors de l'impossibilité de transfert ou pour des patients non thrombolysés nécessitant une surveillance rapprochée, la structure devra organiser la prise en charge en interne en unité de soins critiques selon l'état du patient.

3ème situation : les services d'urgence avec accès à un plateau d'imagerie IRM, hors cible UNV.

Cette situation correspond à celle de la polyclinique du sud de la Corse, avec nécessité de mise en place de l'ORUBOX-AVC pour un recours expert, dans le cadre d'une prise en charge collégiale, avec les médecins de l'UNV du centre hospitalier d'Ajaccio. Cette organisation nécessite la désignation d'un référent AVC au sein des urgences. L'inscription au diplôme universitaire neuro-vasculaire permettra à ce référent d'être le pivot du dispositif : interlocuteur de l'équipe d'urgentistes au sein de l'établissement et correspondant de l'UNV du centre hospitalier d'Ajaccio. Lorsque la filière sera stabilisée au sein de l'établissement, le pool d'urgentistes formé et après validation par l'équipe médicale de l'UNV du centre hospitalier d'Ajaccio la pratique des thrombolyse in situ avec recours à la télé expertise pourra se déployer.

4ème situation : service d'urgence avec accès à un plateau technique d'imagerie H24 type « scanner ».

Cette situation correspond à celle du centre hospitalier de Calvi-Balagne. Il conviendra d'équiper cette structure d'un ORUBOX qui permettra de partager le visuel du patient et les images avec les médecins de l'UNV du centre hospitalier d'Ajaccio pour faciliter les prises en charge et optimiser les orientations dans l'attente de la reconnaissance d'une UNV au centre hospitalier de Bastia et d'une coopération dans le cadre du GHT. Toutefois l'accès au plateau technique d'imagerie ne devra pas impacter les délais de prise en charge pour les actes de revascularisation. L'inscription d'un urgentiste au diplôme universitaire neuro-vasculaire permettra de désigner un référent dans la structure, interlocuteur pour la filière AVC / AIT.

5ème situation : les accueils médicaux non programmés en articulation avec le SAMU régulateur devront assurer l'accès le plus rapide vers un centre en capacité de réaliser une thrombolyse.

Action N°2 : animation de la filière par les médecins de l'UNV insulaires avec l'appui des médecins de l'UNV du centre hospitalier universitaire de Nice par des réunions au moins semestrielles par visioconférences avec les référents désignés de chaque structure SAU et par l'évaluation des pratiques sur la prise en charge AIT et AVC selon des référentiels partagés.

Action N°3 : en l'absence de prise en charge par thrombectomie sur l'île et au regard des impératifs de délai pour la réalisation de cet acte de revascularisation, mettre en place un recueil prospectif au sein des deux centres hospitaliers afin de recenser le nombre de patients pour lesquels l'indication est posée. Parallèlement les actions d'information et de formation, le repérage des populations à risque et l'optimisation de la filière doivent contribuer à réduire les délais de prise en charge afin de permettre les déplacements des patients nécessitant une thrombectomie vers les centres recours dans des délais compatibles avec la réalisation de l'acte.

Action N°4 : pour les AVC d'origine non ischémique, le service de neurochirurgie du centre hospitalier de Bastia apportera son expertise en tant que structure régionale de recours grâce au déploiement de la télé-expertise selon des protocoles partagés avec les médecins référents de chaque structure.

Action N°5 : à partir du recueil prospectif des files actives, étudier les possibilités de pratiquer les thrombectomies en Corse si les évolutions réglementaires le permettent.

Objectif opérationnel N°3 : à la sortie de l'hospitalisation en MCO, garantir à chaque patient un aval en lien avec son état de santé quel que soit son lieu de vie.

L'orientation du patient après son hospitalisation est liée à son état de santé et notamment la nécessité de prendre en charge des troubles cognitifs et ou un déficit fonctionnel. La lourdeur de ces prises en charge, l'état du patient et son environnement guident son orientation. Différentes modalités permettent cette prise en charge :

- les SSR mention neurologique, acteur de la filière actuelle ;
- les unités pour états pauci-relationnels et végétatifs chroniques ;
- les HAD ;
- la prise en charge par les professionnels de santé libéraux (masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, infirmier diplômé d'état).

Action N° 1 : anticiper et articuler la prise en charge avec l'aval au plus tôt afin d'éviter les durées de séjours trop longues au sein des unités : l'organisation des consultations MPR au sein des unités de prises en charge, les week-ends « test » après un séjour en SSR, l'utilisation des nouvelles technologies pour la visualisation des lieux de vie par les ergothérapeutes, l'articulation avec les HAD (staff sorties complexes) et avec les structures relevant du secteur médico-social sont autant d'initiatives à poursuivre et ou à développer afin de fluidifier la filière et de favoriser les retours au domicile dans les meilleures conditions quel que soit le lieu de vie. Poursuivant ce même objectif pour des patients ne relevant pas d'une hospitalisation en SSR, la possibilité de l'évaluation du patient et de la guidance des familles sera expertisée à la lumière des évolutions tarifaires en SSR (hospitalisation à temps partiel) .

Action N°2 : mettre à disposition des acteurs de santé un répertoire des ressources de masseurs kinésithérapeutes précisant l'accessibilité des cabinets et l'équipement en balnéothérapie. Ce répertoire est issu des travaux de recensement de l'URPS masseurs-kinésithérapeutes en cours. La faisabilité technique de l'intégration de ce répertoire dans le Répertoire Opérationnel des Ressources sera examinée par les services de l'agence.

Objectif opérationnel N°4 : au domicile, assurer à chaque patient un retour sécurisé en facilitant les échanges d'information entre les professionnels de santé à chaque temps de la prise en charge, en organisant les consultations post-AVC pluri-professionnelles dans les six mois après l'accident et au plus tard dans l'année, en donnant au patient les moyens de s'impliquer dans sa prise en charge « empowerment » et en guidant les familles dans leur nouveau rôle.

Action N°1 : déployer les programmes d'éducation thérapeutique AVC/AIT en incluant les formations des aidants. Un appel à projets régional sera mis en œuvre au cours du PRS.

Action N°2 : déployer les consultations pluri-professionnelles post-AVC au sein des deux centres hospitaliers. Il s'agit de réévaluer les patients ayant présenté un AVC pour redéfinir les programmes personnalisés de soins et d'évaluer ceux n'ayant pas bénéficié d'une prise en charge dans une UNV ou dans une unité ayant mis en place une prise en charge pluri-professionnelle précoce. Au regard de l'implantation des SSR « mention neurologie », la participation des MPR dans cette activité est à développer afin de recentrer les moyens sur une unité de lieu.

Action N°3 : mettre en place des consultations de proximité post-AVC dans le cadre d'un appel à projets régional en fonction des recrutements des neurologues.

Action N°4 : favoriser les échanges par feuilles de liaison par messagerie sécurisée de santé entre professionnels de santé et par intégration des comptes rendus dans le DMP.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre d'AVC et AIT par infra territoire ;
- ✓ nombre d'alertes thrombolytiques et de thrombolytiques ;
- ✓ recueil prospectif des indications de thrombectomies ;
- ✓ suivi des durées moyennes de séjours AVC et AIT ;
- ✓ nombre de consultations post AVC/nombre d'AVC ;
- ✓ nombre de patients ayant bénéficié d'un programme d'ETP.

1.12. La filière cardiologique et les activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie

Diagnostic

Le taux standardisé de mortalité pour 100 000 habitants (période 2012-2014) est supérieur de 9.5 par rapport au territoire national (192.8 Corse versus 183.3 France entière), avec une mortalité prématurée plus élevée pour les cardiopathies ischémiques. Par ailleurs, la prévalence de l'ALD 5 (insuffisances cardiaques, troubles du rythme, cardiopathies valvulaires et congénitales) est de 2011 patients en ALD pour 100 000 versus 1645 pour le territoire national.

Le taux de recours standardisé à l'angioplastie coronaire est en évolution depuis 2012 avec un taux de 3.89 versus 2.49 pour le territoire national plaçant la Corse en première position. En parallèle, le taux de recours au pontage coronarien est de 0.28 versus 0.29 au niveau national plaçant la Corse en 9ème position sur les 17 régions. Ces éléments conduisent à poursuivre les actions engagées dans le PRS 1 en développant la filière de prise en charge intégrant la dimension préventive. Par ailleurs, un travail d'analyse des taux de recours afin de mieux appréhender le contexte épidémiologique mais aussi les pratiques des intervenants sera développé au cours du PRS2.

Constat après le PRS1 (points forts et points faibles) :

En 2016, la cardiologie non interventionnelle représente 4298 patients dont 89% hospitalisés sur l'île. Les cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels concernent 3631 patients dont 81 % pris en charge dans un établissement insulaire. La filière mise en place dans chaque département concentre la prise en charge aigüe sur les deux centres hospitaliers recours qui bénéficient du plateau technique spécialisé regroupant le SAMU /SMUR, la réanimation avec des possibilités de prise en charge sous ECMO, les unités de soins intensifs de cardiologie, les autorisations d'angioplasties et les unités de cardiologie conventionnelle.

Les actions qui ont pu être mises en œuvre pendant le PRS 1 :

- la filière urgences notamment sur le territoire de Haute-Corse dans le cadre de la communauté hospitalière de territoire par la protocolisation de la prise en charge et l'équipement des SMUR en appareil ECG avec transmission des données à distance permettant un avis cardiologique ;

- la mise en place d'une filière graduée dans le cadre de la prise en charge des défaillances cardiaques et respiratoires en lien avec le centre recours de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (APHM) et l'unité mobile d'assistance circulatoire du Pr Collard ;
- le développement de la prévention du risque de ré-hospitalisations par l'installation des deux SSR mention cardio-vasculaire et plus largement par la mise en œuvre de programmes d'éducation thérapeutique ;
- le regroupement sur un site unique au centre hospitalier d'Ajaccio de l'activité de cardiologie interventionnelle ;
- la mise en place d'une activité de rythmologie interventionnelle au centre hospitalier de Bastia en collaboration avec l'APHM (service du Pr Deharo).

Afin de consolider la filière cardiologique, les travaux du PRS 2 s'articulent autour de 4 axes.

- 1^{er} axe : agir par la prévention ;
- 2^{ème} axe : réduire les délais de prise en charge par l'information, la sensibilisation des usagers et par des formations des professionnels de santé ;
- 3^{ème} axe : prendre appui sur l'interface ville-hôpital pour optimiser la filière de cardiologie ;
- 4^{ème} axe : faciliter et sécuriser les retours à domicile post- séjours hospitaliers (MCO – SSR).

Ces axes devront s'appuyer sur l'innovation en santé afin de leur assurer la déclinaison la plus efficiente possible.

**Objectif stratégique n°4 du COS : assurer un accès de proximité à un système de santé gradué et de qualité.
Objectif stratégique n°6 du COS : soutenir l'intégration des pratiques innovantes pour améliorer la qualité, la sécurité et l'accessibilité à la santé.**

S'attacher à développer la relation d'alliance entre les professionnels de santé et les usagers au sein d'une organisation de soins gradués et innovante pour répondre aux défis à venir.

5 objectifs opérationnels découlent de ce processus selon les phases de prise en charge :

- en amont la prévention,
- la filière aigüe,
- l'activité interventionnelle,
- un zoom sur l'insuffisance cardiaque,
- l'aval de l'hospitalisation.

Les maladies cardio-vasculaires demeurent la principale cause de décès chez les hommes et les femmes d'âge adulte à l'échelle mondiale. Malgré les améliorations importantes réalisées au cours des dernières décennies pour réduire la mortalité attribuable aux maladies cardio-vasculaires, la prévalence de personnes vivant avec cette pathologie a augmenté de façon marquée.

La Corse au regard de ses indicateurs (taux standardisé de mortalité, mortalité prématuré, ALD) a un défi à relever pour l'accès des populations au programme de prévention.

Les maladies cardio-vasculaires sont liées à des facteurs modifiables : l'hypertension artérielle, le diabète, le stress, le tabac, l'inactivité physique, l'obésité abdominale, une alimentation de mauvaise qualité, l'hypercholestérolémie, la surconsommation d'alcool.

S'il existe plusieurs facteurs, le risque ne s'additionne pas, il est multiplié. Cela souligne la nécessité de réfléchir en termes de risque global ou absolu et non par simple addition de ces facteurs.

La majorité de ces facteurs sont comportementaux et interdépendants entre eux. Ainsi, il n'est pas rare de voir un patient dont le stress professionnel ou familial implique une fatigue, diminuer son activité physique, manger moins bien, donc être en surpoids, et de fait développer le risque à long terme d'hypertension artérielle, de diabète, d'hypercholestérolémie.

Objectif opérationnel N°1 (la prévention) : rendre l'utilisateur acteur de sa santé en l'informant et l'associant à la prise en charge de ses facteurs de risque dans une démarche globale d'alliance partagée avec son environnement social et les professionnels de santé.

Action N°1: développer des programmes d'éducation thérapeutique intégrant la prise en charge de proximité en s'appuyant sur l'expertise des équipes autorisées dans la spécialité. Ces programmes pourront faire l'objet d'appels à projets régionaux.

Action N°2: relayer les informations grand public afin d'homogénéiser les messages et les amplifier. Ces relais d'information pourront prendre la forme de journées « parcours du cœur » associant les différents acteurs de la filière : praticiens cardiologues, professionnels de santé reconnus au niveau national pour leur hyper spécialité et associations de patients. Dans le cadre de ces journées, une réflexion sur un appui, via la Fédération Française de Cardiologie, pour la création d'une association régionale de professionnels et d'utilisateurs sera recherchée.

Action N°3 : favoriser l'émergence de programmes de recherche éligibles au projet de recherche parcours de soins dans le cadre de la prévention.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de programmes d'ETP et d'appels à projets d'ETP

Objectif opérationnel N°2 (la filière aigüe) : alerter au plus tôt les SAMU afin de pouvoir garantir les possibilités de revascularisation aux patients pour éviter une atteinte de la fonction cardiaque.

Le principe thérapeutique doit conduire à une revascularisation la plus rapide possible en regard du Temps T0 (ECG qualifiant) soit en moins de 90 minutes selon les recommandations mises à jour de la prise en charge des syndromes coronariens aigus (SCA) ST+ en 2017 disponibles sur le site de sociétés savantes. Le temps c'est du muscle sauvegardé.

Action N° 1 : repérer les populations à risque cardio-neuro-vasculaire afin de les sensibiliser ainsi que leurs familles aux signes d'alerte et au réflexe centre 15 pour la prise en charge. Ce repérage sera mis en œuvre par les médecins traitants et les spécialistes cardio-vasculaires. La sensibilisation sera adaptée au profil du patient et de son entourage et sera accompagnée par l'ensemble des professionnels de santé du premier recours.

Action N°2 : poursuivre les campagnes d'information grand public à un rythme d'une campagne par an.

Action N°3 : permettre au SAMU dès les premiers signes de jouer son rôle de régulateur en orientant le patient vers le plateau technique le plus adapté à son état de santé dans une filière organisée. Cette organisation s'appuiera sur une protocolisation afin d'homogénéiser la prise en charge initiale, d'assurer l'accès à l'avis expert en s'appuyant sur la e-santé et de garantir une équité de prise en charge quel que soit le lieu de vie.

Cette protocolisation prendra en compte l'évolution de la pratique médicale, en s'appuyant sur les référentiels des sociétés savantes (société européenne de cardiologie et société française) dont la mise à jour de la prise en charge des SCA ST+ en 2017 disponible sur le site de ces sociétés :

- le principe reste un accès si possible direct à la salle de cathétérisme (éviter le temps perdu via SAU ouUSIC)
- ce protocole est à établir pour chaque GHT entre urgentistes et cardiologues tenant compte des spécificités géographiques, des habitudes thérapeutiques, spécifiant la place de la thrombolyse intraveineuse en cas de délais de transfert longs. Il doit intégrer également les possibilités de télétransmission de l'ECG et la place des transferts hélicoptérés. Il devra être partagé avec la polyclinique du Sud de la Corse compte tenu de son activité d'urgences.

Il faudra se donner les moyens de mesurer les temps de prise en charge par des moyens informatiques adaptés via une application ad-hoc.

Action N°4 : la filière urgences s'appuiera sur les deux services associant les USIC et les salles invasives. Elle permettra l'identification d'un référent pour cette filière aigüe dans chaque établissement de santé autorisé à une activité d'urgences et ne disposant pas de plateau technique spécialisé afin d'assurer l'interface et la réactivité nécessaire entre les structures. Comme spécifié précédemment, pour les SCA ST +, il faut privilégier l'admission directe en salle de cathétérisme.

Indicateur de suivi :

- ✓ extraction des données de l'application ad-hoc

Objectif opérationnel N°3 (l'activité interventionnelle) : assurer au patient une prise en charge graduée en inter-régional afin d'éviter une perte de chance y compris par renoncement aux soins.

Les actes de cardiologie interventionnelle sont définis par opposition aux actes chirurgicaux. Ces actes sont soumis à autorisation. Parmi ces actes, certains réalisés par des cardiologues interventionnels ne peuvent être pratiqués que sur un site disposant d'une autorisation de chirurgie cardiaque. D'autres actes ne nécessitent que l'autorisation spécifique de cardiologie interventionnelle mais avec convention chirurgicale.

- Actes nécessitant une autorisation conjointe de chirurgie cardiaque :
 - Interventions structurales percutanées (ou trans apicales VG)
 - Valvulaires : transcatheter Aortic Valve Implantation, MitraClip
 - Autres : occlusion de l'auricule gauche, d'un foramen perméable, d'une communication interventriculaire acquise, d'une fuite para prothétique.

- Actes soumis à autorisation en dehors d'un plateau de chirurgie cardiaque (mais avec convention) :
 - Rythmologie Interventionnelle
 - Techniques ablatives y compris ablations de fibrillation auriculaire (FA)
 - Stimulation multisites.
 - Défibrillation :
 - Pose de dispositifs de prévention de la mortalité cardiaque liée à des troubles du rythme.
 - Procédures d'ablation endocavitaire.
 - Angioplasties.

Les centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia sont autorisés à l'activité d'angioplastie, seul celui de Bastia est autorisé à l'activité de rythmologie interventionnelle en collaboration avec l'AP-HM dans le cadre d'une convention.

Au regard de cette organisation plusieurs questions se posent sur :

- le rayonnement régional du centre de rythmologie du centre hospitalier de Bastia, le centre hospitalier d'Ajaccio faisant appel à des professionnels de santé de la région PACA pour avis avec la réalisation des actes déportée sur cette région :
 - la collaboration dans ce domaine entre les deux centres hospitaliers pose le problème de la géographie (accès) et de la démographie médicale actuelle du centre hospitalier de Bastia.
 - par contre, l'intérêt serait de majorer la masse critique de rythmologie interventionnelle de ce dernier mais nécessitera sans doute un peu de temps afin de faire évoluer les « habitudes » des usagers et les relations entre professionnels.

- le déploiement en Corse d'une activité d'intervention structurale per cutanée pour certains patients adultes ne pouvant et/ou refusant d'effectuer les déplacements en collaboration étroite avec les centres référents PACA afin d'éviter le renoncement aux soins en l'absence de service de chirurgie cardiaque. Ceci nécessiterait (en regard de la réglementation) une « dérogation » et, par ailleurs, une protocolisation rigoureuse avec le service de chirurgie cardiaque référent.

- le sur-recours pour les angioplasties et le sous-recours pour la chirurgie coronaire. Ces constats interrogent la pertinence des actes de cardiologie interventionnelle et l'accès à la chirurgie cardiaque. Il est rappelé que

les recommandations de la Société Française de Cardiologie spécifient (en dehors de l'urgence) la nécessité d'une concertation médico-chirurgicale (visio conférences, etc..).

- les actes diagnostics relèvent en très grande partie d'une prise en charge ambulatoire. Pour les angioplasties programmées, les « premières expériences » semblent favorables avec des indications qui restent encore à préciser. La géographie du territoire sera à prendre en compte hors la zone urbaine compte tenu de sa proximité au plateau technique hospitalier.

Action N°1 : mettre en place les conditions d'organisation d'une filière graduée régionale et inter-régionale dans le cadre de l'activité de rythmologie interventionnelle reposant sur les centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia. Pour cette action, un groupe de travail intégrant les équipes des deux établissements de santé et du centre référent PACA sera constitué afin d'établir les conditions organisationnelles et analyser la soutenabilité de la mise en place d'une activité sur les deux sites référents de cardiologie.

Action N°2 : constituer un groupe de travail ad hoc pour étudier la faisabilité d'une activité dérogatoire compte tenu de l'absence de service de chirurgie cardiaque permettant la réalisation d'actes d'intervention structurelle percutanée pour les adultes présentant des pathologies valvulaires aortiques nécessitant leur remplacement, afin d'éviter le renoncement aux soins des certains patients. Ce groupe de travail intégrera les professionnels de santé des centres recours PACA.

Action N°3 :

- faciliter les échanges avec les services de chirurgie cardiaque PACA en favorisant les consultations avancées et la télé expertise pour cette spécialité.
- mettre en place un groupe ad hoc médico-chirurgical pour élaborer le diagnostic régional et proposer un plan d'actions dans le cadre du Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins 2016 / 2020.

Action N°4 : développer la prise en charge en ambulatoire des actes diagnostics. Pour l'activité interventionnelle ambulatoire, il conviendra de s'appuyer sur l'expérience des centres pilotes et de prendre en compte la géographie du territoire pour en valider les indications.

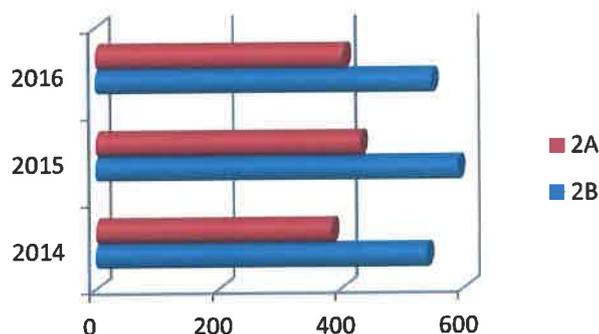
Indicateur de suivi :

- ✓ Suivi de l'attractivité des structures insulaires par exploitation des données PMSI y compris pour l'ambulatoire
- ✓ Suivi de l'évaluation des conventions avec les centres référents PACA

Objectif opérationnel N°4 : anticiper les décompensations par le repérage précoce et accompagner le retour à domicile afin d'éviter les hospitalisations itératives.

- **Zoom sur l'insuffisance cardiaque**

L'exploitation des bases PMSI a permis d'identifier les séjours ayant un diagnostic principal insuffisance cardiaque. Cette exploitation est reprise dans le diagramme ci-dessous pour les années 2014 à 2016.

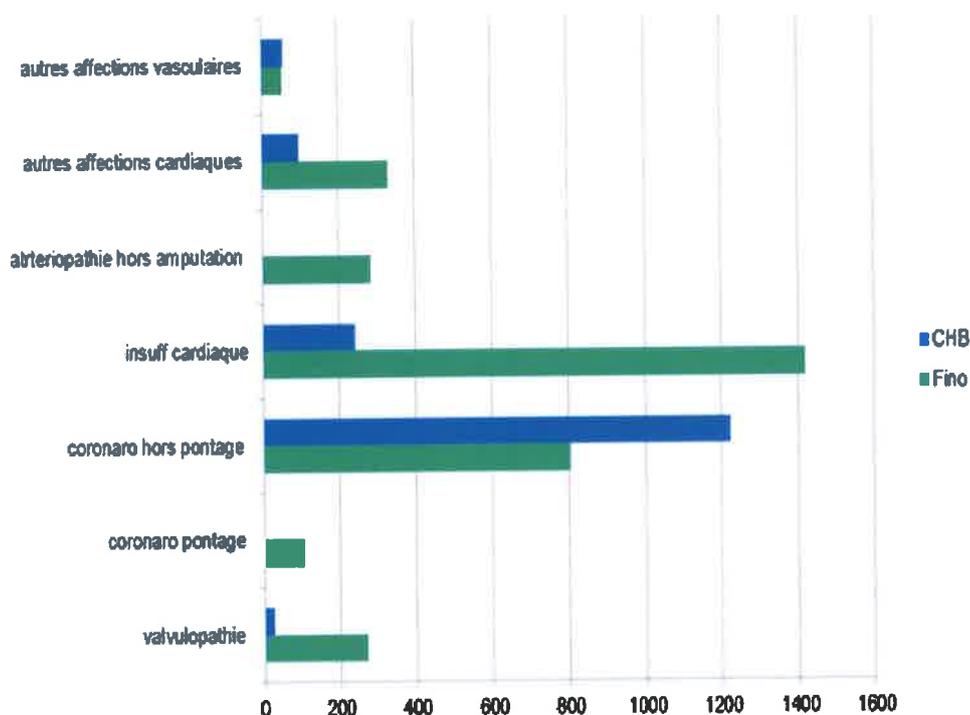


A l'occasion des travaux du PRS, la mise en place d'unités thérapeutiques d'insuffisance cardiaque (UTIC) a été évoquée afin d'optimiser le temps d'hospitalisation, de diminuer les ré-hospitalisations, d'intégrer l'éducation thérapeutique et d'organiser au mieux le retour à domicile. La structuration pourra s'inspirer des sites déjà existants et devra intégrer l'e-santé pour la surveillance à domicile.

- **L'aval de l'hospitalisation**

L'épisode aigu doit être considéré comme le révélateur de la maladie cardio-vasculaire qui, faute de prise en charge globale, générera d'autres événements cardiaques récurrents. La prévention de la maladie cardio-vasculaire dans un contexte de vieillissement de la population fait partie des priorités du PRS 2.

Les données PMSI SSR montrent pour le 1^{er} semestre 2017, les activités suivantes en termes de journées. Il convient de prendre en compte une montée en charge pour les données du centre hospitalier de Bastia compte tenu d'une activité démarrée après le mois de mars 2017.



La prescription de la réadaptation cardiaque fait partie des critères requis pour la prise en charge des patients après un syndrome coronarien aigu et dans le cadre de leur parcours de soins.

L'objectif principal de la prise en charge en réadaptation cardiovasculaire (RCV) est d'acquérir l'autonomie nécessaire aux patients pour un retour à domicile en tenant compte de la réinsertion sociale et professionnelle.

Elle permet au patient de prendre conscience de ses facteurs de risques et de pouvoir s'impliquer sur leur réduction dans le cadre de la prévention.

Les indications de réadaptation cardiaque sont selon les recommandations des sociétés savantes de cardiologie :

- les infarctus du myocarde non compliqués ;
- les syndromes coronaires aigus (SCA) ;
- l'angor stable ou après angioplastie programmée ;
- l'insuffisance cardiaque stable ;
- le haut risque cardiovasculaire ;
- après implantation de défibrillateurs (DAI) ;
- l'artérite oblitérante des membres inférieurs ;
- la greffe cardiaque après le deuxième mois ;
- la chirurgie cardiaque après la deuxième semaine post-opératoire en l'absence de complication.

Dans ce contexte les pathologies cardio-vasculaires entrent dans le champ des maladies chroniques, le vieillissement de la population interroge sur l'organisation de la prise en charge, sur la nécessité de coordonner au mieux les différents intervenants et de rendre le patient acteur de sa prise en charge dans un écosystème. La stratégie nationale de santé a fixé l'innovation comme un moyen de transformation de notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens. Cette innovation devra faciliter l'émergence et la diffusion de nouvelles modalités organisationnelles. L'e-santé sera un outil au service de ces dernières et un facilitateur pour la coordination des acteurs en santé.

Action N°1 : informer les usagers et les aidants afin de leur permettre d'identifier les premiers signes de décompensation et d'alerter.

Action N°2 : favoriser :

- les hospitalisations programmées afin de faciliter les flux intra-hospitaliers et l'accès aux soins de suite et de réadaptation en intégrant la dimension d'éducation thérapeutique et en accompagnant les retours à domicile par des dispositifs tels que PRADO. Cette programmation permettra une meilleure collaboration des équipes de gériatrie et du service de cardiologie voire l'émergence de nouvelles compétences de cardio gériatres ;
- la mise en place d'unités thérapeutiques d'insuffisance cardiaque au sein des deux établissements recours en s'appuyant sur les expériences sur le territoire national notamment celle du centre hospitalier de Pontoise.

Actions N°3 : favoriser les retours au domicile avec télésurveillance afin de limiter les ré-hospitalisations de ces patients aggravant la morbi-mortalité.

Indicateurs de suivi :

- ✓ suivi des ré-hospitalisations pour insuffisance cardiaque via l'exploitation des données PMSI
- ✓ suivi du nombre de patients pris en charge par les programmes PRADO

Objectif opérationnel N°5 : favoriser la recherche et l'innovation comme un facilitateur de la coordination ville-hôpital en exportant les expertises spécialisées sans déplacer les compétences pour une meilleure prise en charge coordonnée au plus proche du lieu de vie et sensibiliser l'ensemble des acteurs à l'évaluation en santé.

Action N°1 : favoriser les programmes de recherche impliquant le 1^{er} recours (PREPS relatif à l'organisation de l'offre de soins, programme de recherche infirmier et para médical) tout au long de la prise en charge.

Action N°2 : s'appuyer sur la télémédecine par le déploiement des télé-expertises et des télésurveillances dont l'objectif est l'accès à l'avis spécialisé en optimisant l'utilisation des ressources humaines.

Action N°3 : impulser l'organisation d'échanges d'expériences entre les différentes structures.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de participations des professionnels de santé de Corse à des programmes de recherche
- ✓ suivi de l'activité de télémédecine

Objectifs quantifiés (Implantations)

Activité de soins : Activité interventionnelle sous imagerie par voie endovasculaire en cardiologie	Nombre d'implantations existantes PRS1	Suppression	Création	Nombre d'implantations cibles PRS 2
Activité de type 1 : actes électro physiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multi-sites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme.	1	0	0 à 1*	1 à 2*
Activité de type 2 : actes portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles ré-interventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence.	0	0	0	0
Activité de type 3 : actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte.	2	0	0	2

*1 à 2 conditionné aux résultats de l'étude de faisabilité du groupe technique prévu à l'objectif opérationnel N° 3 action N°1

1.13. La filière maladie rénale chronique

Diagnostic

En 2015, 44 patients incidents résidant en Corse ont été pris en charge pour une suppléance. Cette suppléance a débuté en hémodialyse pour 43 patients, en dialyse péritonéale pour 1 patient ; il n'y a pas eu de greffe préemptive.

Les patients prévalents sont au nombre de 339 en Corse :

201 patients sont pris en charge en hémodialyse dont 97% en dialyse ;

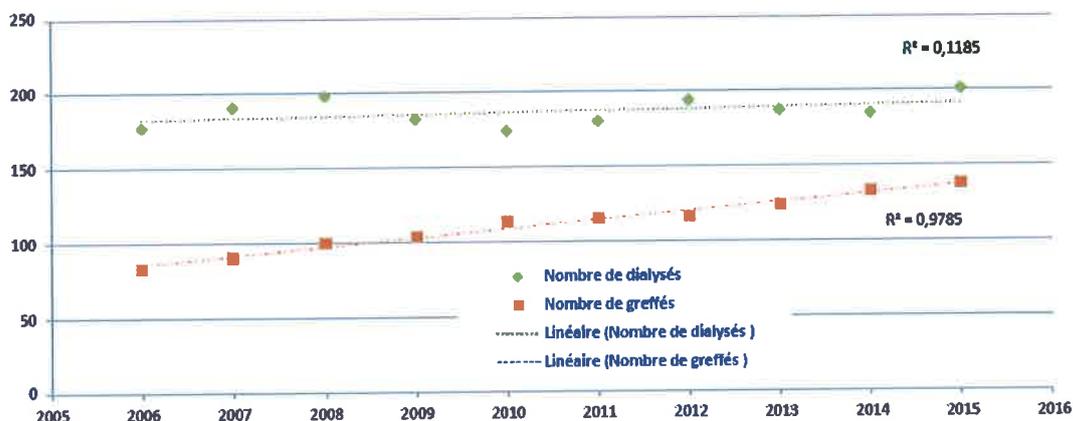
138 patients sont porteurs d'un greffon rénal fonctionnel dont 5 avec donneurs vivants.

8 patients traités en dialyse ont bénéficié d'une greffe rénale au cours de l'année 2015 ;

45 patients sont inscrits pour une greffe pour une grande majorité d'entre eux sur les centres de Nice et Marseille.

Au 31 décembre entre 2006 et 2015

- Stabilité du nombre de patients pris en charge en dialyse
- Augmentation linéaire du nombre de patients porteurs d'un greffon rénal fonctionnel



source REIN

Constat après le PRS1 (points forts et points faibles) :

- La prévention et l'éducation thérapeutique du patient (ETP) : les visites des délégués de l'assurance maladie (DAM) ont permis de sensibiliser 203 médecins généralistes sur le dépistage et la prise en charge de la maladie rénale chronique. Des réunions d'informations sur les modalités de prise en charge de l'IRC telles que les journées « EHPAD » fin 2012, et dialyse péritonéale (centre hospitalier de Bastia) en 2016 ont été organisées. Un seul programme d'éducation thérapeutique est opérationnel.
- La greffe rénale : stratégie de traitement la plus efficiente pour la Haute Autorité de Santé (HAS) pour des patients volontaires et ne présentant pas de contre-indications, elle représente en Corse 31.6 par million d'habitants pour une référence nationale à 52.4. On constate, malgré une amélioration du nombre d'inscrits sur liste, un retard par rapport au niveau national, par contre le temps d'attente d'une greffe après inscription sur liste représenté par l'indicateur suivi par l'agence de la biomédecine (ABM) « indice cumulée d'accès à la greffe à 12 mois » est de 41% pour la Corse versus 26% en France entière. Les établissements insulaires participent à l'activité de prélèvement d'organes. Pour assurer au mieux cette activité, ils ont renforcé leur effectif d'équipe de coordination de 0.5 à 1 ETP de paramédicaux pour le centre hospitalier d'Ajaccio et de 1 à 1.5 ETP pour le centre hospitalier de Bastia. Toutefois le nombre de donneurs en Corse par million d'habitants est de 9.5 versus 26.6 en France entière avec un taux de 63 % d'opposition versus 40% en France pour l'année 2015.

Ces chiffres doivent être approchés en prenant en compte la notion des faibles effectifs en Corse.

- L'offre de soins renforcée, diversifiée et graduée garantissant une prise en charge de proximité s'est concrétisée par la diversification des modalités de prise en charge hors centre avec cinq nouvelles autorisations d'unité de dialyse médicalisée (dont 3 installées), une de dialyse péritonéale (non installée) et une unité d'auto dialyse installée.

Pour assurer une présence de néphrologue en Corse où la démographie de ces professionnels de santé n'est pas favorable, l'ARS de Corse a soutenu le développement de la télé expertise en UDM en finançant le matériel de télé-médecine et en rémunérant l'acte de télé expertise.

La Corse présente donc une couverture :

- de prise en charge de proximité avec les modalités d'UDM et ou d'autodialyse sur sept infra territoires (grand Ajaccio, grand Bastia, la Balagne, le Cortonais, la Plaine Orientale, le Sartenais (non installé) et l'Extrême Sud)
- de repli centres d'hémodialyse sur trois infra territoires (grand Ajaccio, grand Bastia et l'Extrême Sud)
- de dialyse à domicile sur trois infra territoires (grand Ajaccio, grand Bastia et l'Extrême Sud (non installé). Deux autorisations restent non couvertes à ce jour ; une autorisation d'autodialyse dans l'extrême sud et une autorisation de Dialyse à domicile sur le secteur de la Balagne.

Toutefois la période du PRS a été marquée par des difficultés de recrutement de médecins néphrologues entraînant une forte présence de médecins intérimaires. Compte tenu de la temporalité de leur intervention, ces médecins sont moins impliqués dans le suivi de la maladie rénale chronique, le développement des modalités hors centre type dialyse péritonéale et l'animation de la filière. C'est dans ce contexte qu'un groupe de travail sous l'égide de l'ARS et du professeur Berland (APHM) a réuni l'ensemble des acteurs et a permis de mettre en œuvre des actions afin de sécuriser la filière en confortant les ressources humaines et en créant une dynamique de territoire avec l'ensemble des acteurs renforçant ainsi les liens de coopérations. Des mutualisations de temps de médecins néphrologues intra et inter régionaux ont été mises en œuvre en 2016 et se poursuivront en 2017.

C'est sur ce constat que ce volet a été construit, trois axes ont conduit les travaux.

- 1^{er} axe : prévenir en agissant sur les facteurs de risque de la maladie rénale chronique et en retardant la mise en œuvre de la suppléance.
- 2^{ème} axe : assurer la modalité la plus adaptée au patient en tenant compte de son choix éclairé et en favorisant l'accès à la greffe pour les patients ne présentant pas de contre-indications.
- 3^{ème} axe : pérenniser et animer la filière afin de la rendre attractive et efficiente compte tenu d'une démographie nationale favorable.

Objectif stratégique n°4 du COS : assurer un accès de proximité à un système de santé gradué et de qualité.
Objectif stratégique n°2 du COS : faire de l'utilisateur un acteur éclairé et actif du système de santé.

Faire de l'utilisateur un acteur éclairé sur ses facteurs de risques et lui permettre de choisir sa modalité de suppléance selon son état de santé et son lieu de vie au sein d'un parcours intégrant la prévention, la maladie rénale chronique, la transplantation, l'hémodialyse et la dialyse péritonéale.

Objectif opérationnel N°1 : prévenir les complications des maladies à l'origine de la maladie rénale chronique (diabète et hypertension artérielle) afin de préserver la fonction rénale.

En Corse, le diabète et l'hypertension artérielle (HTA) sont à l'origine de 65 % des maladies à l'origine de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) pour les patients incidents pris en charge en 2015 ; l'HTA représentait 40.9 % des étiologies et le diabète 25 %.

Dépister, traiter et éduquer les patients présentant ces affections contribueront à préserver leur fonction rénale.

Action N°1 : informer les usagers et les patients par la mise en œuvre de campagnes communes afin d'amplifier et unifier les messages de prévention.

Action N°2 : intégrer dans les programmes d'éducation thérapeutique « diabète » et « HTA » la dimension préservation de la fonction rénale.

Objectif opérationnel N°2 : dépister la maladie rénale chronique afin de retarder la mise en œuvre de la suppléance.

La maladie rénale chronique (MRC) est définie indépendamment de sa cause, par la présence, pendant plus de 3 mois, de marqueurs d'atteinte rénale ou d'une baisse du Débit de Filtration Glomérulaire estimé (DFG estimé) au-dessous de 60 ml/min/1,73 m².

En fonction du débit de filtration glomérulaire, cinq stades de la MRC sont définis et repris dans le tableau ci-après :

Stade	DFG (ml/min/1,73m ²)	Définition
1	>= 90	MRC avec DFG normal ou augmenté
2	Entre 60 et 90	MRC avec DFG légèrement diminué
3	Stade 3A entre 45 et 59	Insuffisance rénale chronique modérée
	Stade 3B entre 30 et 44	
4	Entre 15 et 29	Insuffisance rénale chronique sévère
5	< 15	Insuffisance rénale chronique terminale

Selon les recommandations de la HAS, l'avis du néphrologue est sollicité pour les formes évolutives, quel que soit le stade, à partir du stade 3B et en présence de complications. Les objectifs sont de traiter la maladie causale, ralentir la progression de la maladie rénale, prévenir le risque cardio-vasculaire et les complications de la MRC. En sus de ces objectifs pour tous les stades de la maladie, il convient à partir :

- du stade 3 : prévenir et réduire les symptômes et complications, prendre les mesures de protection du capital veineux (stade 3B et suivant le contexte), assurer la meilleure qualité de vie possible ;
- du stade 4 : informer le patient et sa famille des possibilités et choix des traitements de suppléance lorsque ceux-ci sont envisagés.

Le repérage précoce des patients porteurs d'une maladie rénale chronique stade 3B ou 4 permettra de leur assurer une prise en charge pluridisciplinaire (néphrologue, infirmière, diététicienne, psychologue, assistante sociale, pharmacien, préparateur physique) en référence au parcours décrit par la HAS avec un suivi rapproché afin :

- d'éviter les admissions en urgence ;
- de retarder l'entrée en suppléance ;
- de préparer au mieux le patient en l'éclairant sur les différentes modalités pour lui permettre un choix éclairé hors contexte de prise en charge dans une modalité qui limite sa décision ;
- de favoriser la greffe préemptive actuellement non utilisée en Corse.

A chaque étape le patient pourra participer à un programme d'éducation thérapeutique en intégrant des patients experts ayant un vécu de la maladie et une capacité de distanciation. Un télé-suivi d'accompagnement pourra être expérimenté en Corse en lien avec ces nouvelles organisations. Les infirmières de pratiques avancées auront toute leur place dans ces nouvelles organisations.

Action N°1 : assurer une filière qui permette un repérage précoce des stades 3B et 4, une prise en charge adaptée et rapprochée afin de retarder la suppléance et préparer le patient pour lui permettre un véritable choix sur les modalités de suppléance en l'associant dans le cadre d'une alliance thérapeutique. L'ARS accompagnera les initiatives permettant ces nouvelles organisations et favorisera le déploiement d'une activité de recherche en Corse à travers la participation des structures à des programmes de recherche médico-économique et des programmes relatifs à l'organisation de l'offre de soins afin de valider les nouvelles formes de prise en charge des patients, améliorer les pratiques et optimiser les parcours de soins.

Action N°2 : sensibiliser les médecins traitants à ce repérage par des formations et informations adaptées en s'appuyant sur les DAM (informations sur dépister, orienter vers le néphrologue, les différentes modalités et nos organisations).

Action N°3 : mettre en place des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) régionales et ou territoriales. Il s'agit de faciliter la prise en charge de proximité en partageant la décision d'orientation du patient au regard d'outils mis à disposition, notamment sur la charge en soins plus consensuelle pour la profession que la typologie des patients, sachant que l'âge et les comorbidités ne sont pas suffisamment discriminants. L'inter région pourra être sollicitée pour des RCP recours (ou staff) en lien avec les consultations avancées greffes et néphrologie assurées par les équipes de néphrologues de la région PACA.

Objectif opérationnel N°3 : développer l'accès à la greffe y compris préemptive et favoriser le don d'organe.

Aucun patient en Corse n'a été pris en charge en 2015 par une greffe préemptive, alors que la transplantation rénale prend la première place dans la stratégie du traitement de suppléance rénale avant démarrage de la dialyse. Le rapport REIN 2013 montre que dans 21 régions, avec un recul de 5 ans, le nombre de greffes préemptives a augmenté de 20%.

En Corse, le bilan REIN 2015 dans le cadre de l'accès à la liste d'attente des patients prévalents dialysés au 31/12/2015 fait état des informations suivantes :

- 25 patients étaient inscrits sur la liste d'attente à la greffe ;
- 40 patients avaient toujours un bilan en cours avant l'inscription à la liste ;
- 106 patients ne pouvaient être inscrits en raison d'une contre-indication médicale (70 %) ou d'un refus (9 %).

Les recommandations de la HAS 2015 précisent que :

- tous les patients porteurs d'une maladie rénale chronique évolutive avec un débit de filtration glomérulaire inférieur à 20 ml/min doivent bénéficier d'une évaluation de la possibilité d'une transplantation rénale. L'expérience clinique montre que le temps consacré à l'activité de bilan avant inscription sur liste d'attente de greffe est non négligeable en temps de secrétariat et de médecin.
- La transplantation reste le meilleur traitement en l'absence de contre-indications, procurant la meilleure qualité de vie et le meilleur ratio coût/efficacité. Deux possibilités existent pour les greffons soit sur donneurs décédés ou donneurs vivants.

L'agence de biomédecine dans son plan 2017-2021 pour la greffe d'organes et de tissus prévoit d'accroître le recensement des donneurs décédés, de diminuer le taux de refus par une communication vers le public et les professionnels de santé pour la promotion du don d'organes et tissus et d'augmenter la greffe à partir des donneurs vivants.

Il convient donc de porter nos actions sur une prise en charge précoce et organisée permettant d'améliorer l'accès à la liste d'attente et de renforcer la communication envers le public et les professionnels de santé sur le don d'organes.

Action N°1: améliorer l'accès à la greffe en anticipant la prise en charge par un repérage précoce (en lien avec l'action N°1 - objectif n°2) et intégrer cette prise en charge dans le parcours de la maladie rénale chronique avec des ressources dédiées de coordination au sein des centres d'hémodialyse afin de raccourcir les délais d'inscription à la liste d'attente.

Action N°2 : structurer le suivi en Corse des patients greffés en conjuguant le télé-suivi en lien avec le cahier des charges de télésurveillance des greffés rénaux et les consultations avancées des équipes de greffe. L'appui des consultations avancées devrait faciliter l'accès à la greffe préemptive.

Action N°3 : mettre en œuvre des campagnes d'information sur le don d'organes y compris les donneurs vivants en lien avec les équipes de coordination de prélèvement et en impliquant les collectivités.

Action N°4 : poursuivre les efforts sur le développement de l'activité de prélèvement d'organes en tant qu'activité médicale à part entière : ressources médicales et paramédicales dédiées, animation de la filière par sensibilisation des acteurs pour le recensement des donneurs potentiels.

Objectif opérationnel N°4 : développer la prise en charge hors centre.

Chaque patient doit pouvoir bénéficier de la modalité de suppléance au regard de ses besoins et de son choix. La période du PRS 1 a été marquée par un faible développement de la prise en charge à domicile (hémodialyse à domicile, dialyse péritonéale). La pénurie de néphrologues a été un des facteurs de non développement.

Les nouveaux générateurs, avec un bas débit de dialysat livré sous forme de poches, exonèrent la prise en charge des phases de préparation du dialysat et de désinfection des machines très contraignantes à domicile. Leur déploiement permettra une prise en charge simplifiée à domicile pour des séances de deux heures, six jours sur sept. La ponction de l'accès vasculaire est réalisée par le patient ou un membre de sa famille.

La dialyse péritonéale a connu un recul au niveau des modalités offertes aux patients de Corse. Selon la SFNDT (Société Francophone de Néphrologie Dialyse et Transplantation), cette technique présente des résultats superposables à ceux de l'hémodialyse pendant les premières années de traitement. Elle peut être une alternative intéressante pour les patients en attente de transplantation. Certaines régions telles que la Bourgogne-Franche Comté compte 19.9 % de prévalence en DP. Aujourd'hui l'environnement est favorable à la DP : réglementation, forfait DP pour les néphrologues libéraux, actes NGAP IDE, possibilité d'intervention des IDEL en EHPAD, recommandations HAS.

Tous ces éléments doivent inciter à renforcer les actions sur la diversification de l'offre de prise en charge.

Action N°1 : rendre pérenne et attractive la filière régionale IRCT en sécurisant les effectifs de néphrologues par les agréments des services insulaires comme terrains de stages, favoriser les postes d'assistants partagés et les exercices diversifiés (néphrologie, hémodialyse, dialyse péritonéale, suivi partagé des greffés, RCP, éducation thérapeutique, campagne de prévention, recherche) en lien avec les structures recours de PACA.

Action N°2 :

- faciliter la prise en charge hors centre et y compris au domicile en consacrant les ressources humaines nécessaires au déploiement de ces prises en charge (DP ; hémodialyse à domicile) en coordination avec la médecine de ville en partageant les outils type DMP, fiche de liaison et MSS.
- augmenter les possibilités de prise en charge en autorisant les structures pratiquant la modalité unité de dialyse médicalisée à pratiquer l'auto dialyse afin de couvrir les territoires sans implantation.
- permettre le déploiement au domicile sur la Balagne des modalités de dialyse à domicile y compris dialyse péritonéale.

Action N°3 : apporter une attention particulière à l'accès aux soins de support pour les patients dialysés au sein des établissements de santé autorisés à l'activité de soins (psychologue, diététicienne, assistante sociale) mais aussi pour les patients où un traitement conservateur est décidé et à l'accueil des patients dans des locaux adaptés.

Action N°4 : poursuivre les actions de coopérations (pharmacie, achats ...) entre les structures autorisées engagées dans le PRS 1 en favorisant les mutualisations (soit au sein des groupements hospitaliers de territoire soit sous une autre forme juridique), les partages d'expérience, la mise en place de programmes d'ETP à dimension a minima territoriale ou régionale et de plans de formations pour les professionnels de santé.

Objectif opérationnel N°5 : favoriser l'alliance thérapeutique en Corse en plaçant l'utilisateur et le patient au cœur du dispositif.

La place de l'utilisateur doit se renforcer. Les associations jouent un rôle déterminant dans l'information des patients. Un système efficient est un système qui se remet en cause. Le regard de l'utilisateur favorise cette remise en cause et cette évolution vers une alliance thérapeutique.

Action N° 1 : organiser une fois par an une communication sur le suivi du volet IRCT au niveau régional rassemblant les associations, les professionnels de santé et les représentants de la CRSA sous l'égide de l'ARS en présence du Pr Berland.

Indicateurs de suivi :

Le suivi de l'atteinte des objectifs du volet IRCT du PRS 2 sera réalisé à partir des différents recueils :

- ✓ rein ;
- ✓ le rapport de l'ABM ;
- ✓ les évaluations des programmes d'éducation thérapeutique ;
- ✓ le suivi des expérimentations sur leur volet évaluation ;
- ✓ le suivi des visites DAM

Objectifs quantifiés (Implantations)

Activité de soins : activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale	Nombre d'implantations existantes PRS1	Suppression	Création	Nombre d'implantations cibles PRS 2
Hémodialyse en centre adulte	3	0	0	3
Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	7	0	0	7
Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée	6	0	2	8
Dialyse à domicile (par hémodialyse ou par dialyse péritonéale)	3	0	1	4

1.14. Les soins de suite et de réadaptation

L'activité de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) a pour objectif de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion.

Pour atteindre cet objectif, les structures autorisées à l'activité de SSR assurent les missions suivantes : des soins médicaux curatifs et palliatifs, de la rééducation et réadaptation, des actions de prévention et d'éducation thérapeutique, la préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale, scolaire ou professionnelle.

Les prises en charge sont effectuées par des équipes pluridisciplinaires rassemblant des professionnels médicaux et paramédicaux qui s'appuient sur des plateaux techniques et équipements performants pour permettre le retour à l'autonomie du patient.

Les unités de SSR polyvalentes constituent le socle commun de la très grande majorité des établissements de SSR, qu'ils soient adultes ou pédiatriques.

Les structures de SSR peuvent également accueillir des patients dont la prise en charge est spécialisée ou particulièrement complexe.

Les unités de SSR adultes spécialisés s'articulent autour de 9 prises en charge spécifiques dans les catégories d'affections suivantes :

- de l'appareil locomoteur,
- du système nerveux,
- cardio-vasculaires,
- respiratoires,
- onco-hématologiques,
- des brûlés,
- liées à des conduites addictives,
- des systèmes digestif, métabolique et endocrinien,
- de la personne âgée polypathologique dépendante ou à risque de dépendance.

Les structures de SSR pédiatriques prennent en charge des enfants et adolescents, âgés de 0 à 18 ans, atteints de pathologies sévères, comme des affections respiratoires, ou de maladies chroniques comme l'obésité.

Ces établissements ont pour particularité d'allier à la dimension médicale, prépondérante, les aspects éducatifs, scolaires et psychologiques.

Le secteur des SSR connaît un développement continu, compte tenu des besoins de soins liés aux maladies chroniques, aux événements de santé invalidants et au vieillissement de la population. Il représente un secteur stratégique de l'offre de soins en raison de sa position, entre soins de courte durée et retour à domicile, unités de soins de longue durée (USLD) ou secteur médico-social.

La réforme du financement des activités des SSR a été introduite par l'article 78 de la loi de Finances de la sécurité sociale de 2016. Elle vise à mettre en place un modèle de financement commun aux secteurs public et privé et adapté aux spécificités de ces prises en charge.

Diagnostic

Le capacitaire

13 établissements sont autorisés pour une activité de SSR, pour une prise en charge adulte :

- 6 établissements publics : les centres hospitaliers d'Ajaccio, de Bastia, de Castelluccio, de Sartène, de Bonifacio et le centre hospitalier intercommunal de Corte-Tattone.
- 7 établissements privés : CRF Molini à Albitreccia, CRF Finosello à Ajaccio, centre de régime de Valicelli à Ocana, centre de convalescence Ile de Beauté à Sarrola-Carcopino, centre de soins de suite et de réadaptation La Palmola à Oletta, clinique de Toga, SARL Sainte Catherine à Prunelli di Fiumorbo.

Le taux d'équipement en lits et places au 31 décembre 2015 pour 1000 habitants (établi sur la base d'un capacitaire de 559 lits et 92 places) est de 2 pour la Corse (3,4 pour la Corse du Sud et 0,8 pour la Haute-Corse) contre 1,8 France entière (source : STATISS –DREES).

La capacité totale installée au 31 décembre 2017 est de 586 lits et 96 places qui se répartissent de la manière suivante :

- secteur public : 149 lits et 16 places
- secteur privé : 437 lits et 80 places

SSR ADULTES	Nombre de lits	Nombre de places
indifférenciés ou polyvalents	283	0
mentions de prise en charge spécialisées		
Affections de l'appareil locomoteur	100	58
Affections du système nerveux	68	29
Affections cardiovasculaires	18	9
Affections de l'appareil respiratoire	0	0
Affections du système digestif, endocrinien et métabolique	70	0
Affections des conduites addictives	8	0
Affections des personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance	39	0
Affections onco-hématologiques	0	0
Affections des grands brûlés	0	0
TOTAL	586	96

L'augmentation du capacitaire constatée entre 2015 et 2017 est liée majoritairement au rééquilibrage entre le département de Corse du Sud et de Haute-Corse (Implantation supplémentaire de SSR en Haute Corse au sein de la Clinique de Toga).

Production/consommation

226 239 journées en hospitalisation complète ont été produites en 2016 et 32 988 journées en hospitalisation partielle (source : SCANSANTE ATIH).

Le taux d'évolution en nombre de journées entre 2015 et 2016 était de -0,3% en Corse alors qu'en France métropolitaine il était de -0,6%.

En hospitalisation complète, ce taux est de -1,9% en Corse versus -1,2% au niveau national et en hospitalisation à temps partiel, le taux d'évolution est de +9,7% en Corse versus +5,8% au niveau national.

L'activité de SSR se caractérise par une patientèle âgée. Plus de 38% des journées produites le sont pour des patients de 80 ans et plus.

En 2015, 39,5% des personnes hospitalisées en SSR provenaient du domicile (contre 21,6% au niveau national) et 77% des sorties se font vers le domicile (contre 74,4% au niveau national).

La durée moyenne de prise en charge est de 40 jours contre 32 au niveau national.

En 2016, le taux de fuite en hospitalisation complète représentait 16,7% (soit 37 884 journées consommées dans les autres régions) alors qu'il était de 18,20% en 2010 (année de référence du PRS 1).

En hospitalisation à temps partiel, il a représenté 3,2% en 2016 (soit 1 054 journées consommées dans les autres régions) contre 2,9% en 2010.

En moyenne de 2010 à 2015, les fuites par séjours se répartissent de la manière suivante (source : EMPSI ATIH) :

- pour les patients de Corse-du-Sud : 48% des fuites se situaient sur les Bouches-du-Rhône, 12% sur le Var et 9% sur les Alpes-Maritimes ;
- pour les patients de Haute-Corse : 46% des fuites se situaient sur la Corse-du-Sud, 24% sur les Bouches-du-Rhône et 13% sur le Var.